



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

**PREVALENCIA DE MALESTAR PSICOLOGICO Y RIESGO DE
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES
DE NUTRICIÓN Y DIETETICA**

AUTORA:

GLENDIA BEATRIZ DA SILVA QUIROZ

Madrid, JUNIO 2012



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

**PREVALENCIA DE MALESTAR PSICOLOGICO Y RIESGO DE
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES
DE NUTRICIÓN Y DIETETICA**

(Trabajo presentado ante el honorable tribunal para la obtención del
grado de Doctor en Patología Existencial e Intervención en Crisis)

Autora: Glenda Beatriz da Silva Quiroz

Director: Dr. Jesús Poveda de Agustín

Madrid, Junio 2012



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

JESUS POVEDA DE AGUSTÍN, Profesor del departamento de Psiquiatría de La Facultad de Medicina de la Universidad de Madrid.

CERTIFICO

Que **Doña Glenda Beatriz da Silva Quiroz**, ha realizado bajo mi dirección, el trabajo: **“PREVALENCIA DE MALESTAR PSICOLOGICO Y RIESGO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DE NUTRICIÓN Y DIETETICA”**

Dicho trabajo reúne a mi juicio las condiciones de originalidad y rigor necesarios.

Por eso avalo su presentación para ser juzgada.

Madrid, Junio de 2012

DEDICATORIA

A Rocío y Claudia, que les sirva de estímulo
para el logro de sus propios sueños

A Eugenia, por su dedicación de madre

A Luiz, en tributo a su memoria

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Autónoma de Madrid,
especialmente a sus Autoridades
y a los profesores del Departamento de Psiquiatría
por el apoyo para la realización de estudios de tan alto nivel.

Al Dr. Jesús Poveda de Agustín
por tenderme su mano en este camino.

A la Universidad de Los Andes
por su apertura hacia un proyecto de vanguardia.

A las autoridades, profesores y estudiantes
de la Escuela de Nutrición y Dietética de la Universidad de los Andes.

Merece una especial mención mi amiga y colega, la profesora
Carmen Janeth Mora de la Unidad de Bioestadística,
por su orientación.

I also want to thank especially Thomas
for his invaluable practical and emotional support.

“Not all dis-easy are disease”

Anónimo

RESUMEN

Estudio de campo, correlacional y de corte transversal. Muestra formada por 171 estudiantes regulares (52% de la matrícula) de la Licenciatura en Nutrición y Dietética de la Universidad de los Andes (U.L.A.) de todos los años académicos: primero (n=64), segundo (n=40), tercero (n=40) y cuarto año (n=27). El objetivo fue determinar la prevalencia malestar psicológico y el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Se estimó la demanda de atención psicológica. Para determinar la prevalencia de malestar psicológico se aplicó el cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28) en una versión ampliada que explora necesidad de atención psicológica. Para la determinación del riesgo de TCA se utilizó el Cuestionario de Actitudes hacia la Alimentación de Garner (1982), traducido, adaptado y validado para el estudio. Los resultados muestran un 19,3% de prevalencia de malestar psicológico, predominando la subescala A (somatización) y B (ansiedad). El 23% de los estudiantes reportan necesidad de atención psiquiátrica o psicológica. El 7,1% de los estudiantes presentan riesgo de TCA. La ansiedad se relaciono significativamente con el riesgo de desarrollar TCA en el primer y cuarto año de la carrera. La prevalencia de síntomas de malestar psicológico es similar a la encontrada en estudiantes de otras carreras de la Universidad de los Andes. Los hallazgos sobre el riesgo de TCA son más bajos que los reportados por otras investigaciones.

ABSTRACT

A correlational and cross-section study with a sample size of 171 students (52% of enrollment) of Nutrition and Dietetics career at University de Los Andes (ULA) of all academic years: first (n = 64), second (n = 40), third (n = 40) and seniors (n = 27). The goal was to find the prevalence psychological distress and risk of eating disorders (ED). The need for psychological care was also explored. The Goldberg General Health Questionnaire (GHQ-28) in an extended version that explores psychological needs was applied in order to determine the prevalence of psychological distress. The Eating Attitudes Test, (Garner, 1982) translated, adapted and validated for the study was used to determine the risk of ED. 19.3% of the sample had prevalence of psychological distress, predominantly sub-scale A (somatic symptoms) and B (anxiety), and there were not statistically significant differences by academic year. A total of 23% of students reported need for psychiatric or psychological care. The rate for eating disorders risk was 7.1%. Anxiety was statistically significant related with the risk of developing eating disorders in the first and fourth year of the career. The prevalence of psychological distress is similar to the findings in other careers of the Universidad de Los Andes. The results found about ED risk are lower than those found in other investigations.

Keywords: mental health, psychological distress, eating disorders, students, nutrition and dietetics.

ÍNDICE

	pp
DEDICATORIA.....	IV
AGRADECIMIENTO.....	V
RESUMEN.....	VII
ABSTRACT.....	VIII
INDICE GENERAL.....	IX
INDICE DE TABLAS.....	XI
INDICE DE GRAFICOS.....	XII
INDICE DE FIGURAS.....	XIII
ESTRUCTURA DE LA TESIS.....	XIV
I. CAPITULO. EL PROBLEMA	
I.1. Planteamiento del Problema.....	2
I.2. Objetivos de la investigación.....	6
I.3. Justificación.....	7
II. CAPITULO. MARCO TEÓRICO	
II.1. Antecedentes de la investigación.....	11
II.2. Bases Teóricas.....	26
II.2.1. Salud Mental.....	26
Malestar psicológico.....	28
Somatización.....	29
Ansiedad.....	31
Insomnio.....	34
Disfunción social.....	41
Depresión.....	42
II.2.2. Trastornos de la Conducta Alimentaria.....	44
Anorexia Nerviosa (AN).....	47
Criterios diagnósticos.....	48
Subtipos.....	51
Características psicopatológicas asociadas....	52

Bulimia Nerviosa (BN).....	57
Criterios diagnósticos.....	57
Subtipos.....	62
Características psicopatológicas asociadas....	63
Diagnóstico diferencial.....	64
Trastornos de la conducta alimentaria no especificados.....	66
Hipótesis de la investigación.....	68
III. CAPITULO. MARCO METODOLÓGICO	
III.1. Tipo y diseño de Investigación.....	70
III.2. Población y muestra.....	71
III.3. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos...	75
III.4. Descripción de los instrumentos aplicados.....	75
III.5. Procedimiento.....	79
III.6. Análisis estadístico.....	79
IV. RESULTADOS	
IV.1.Sintomas de malestar psicológico y ayuda psicológica.....	82
IV.2.Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria..	87
IV.3.Correlacion entre las variables.....	89
V. DISCUSIÓN.....	97
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	106
REFERENCIAS.....	109
ANEXOS.....	120

ÍNDICE DE TABLAS

	pp
Tabla 1. Distribución de la población y muestra según año académico.....	72
Tabla 2. Índice de Consistencia Interna para el Cuestionario de Actitudes hacia la Alimentación.....	79
Tabla 3. Distribución de los casos de malestar psicológico, según año académico de los estudiantes de Nutrición y Dietética. U-2011.....	82
Tabla 4. Media y desviación típica de las subescalas del GHQ-28 según año académico.....	84
Tabla 5. Media y desviación típica de las subescalas del GHQ-28 para los casos de malestar psicológico, según año académico	85
Tabla 6. Necesidad de ayuda psicoterapéutica y atención psicoterapéutica recibida según año académico.....	86
Tabla 7. Distribución de riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), según año de estudio.....	87
Tabla 8. Media y desviación típica de los valores del Cuestionario de Actitudes hacia la Alimentación y sus factores, según año académico.....	88
Tabla 9. Media y desviación típica de los valores del Cuestionario de Actitudes hacia la Alimentación y sus factores para los casos de riesgo alto de TCA, según año académico.....	89
Tabla 10. Correlación de los síntomas de malestar psicológico con el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes del primer año.....	90
Tabla 11. Correlación de los síntomas de malestar psicológico con el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes del segundo año.....	91
Tabla 12. Correlación de los síntomas de malestar psicológico con el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes del tercer año.....	92
Tabla 13. Correlación de los síntomas de malestar psicológico con el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes del cuarto año.....	93

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	pp
Gráfico 1. Distribución porcentual de los casos de malestar psicológico, según año académico.....	83
Gráfico 2. Correlación entre la prevalencia de malestar psicológico y el factor restricción alimentaria.	94
Gráfico 3. Correlación entre la prevalencia de malestar psicológico y el factor bulimia.	95
Gráfico 4. Correlación entre la prevalencia de malestar psicológico y el factor control oral.	96

ÍNDICE DE FIGURAS

	pp
Figura 1. Algoritmo de tratamiento para Trastornos de la Conducta Alimentaria.....	67

ESTRUCTURA DE LA TESIS

La estructura de esta investigación se presenta en cinco capítulos, los cuales se describen a continuación:

El Capítulo I, incluye el planteamiento del problema y la justificación, cuyo propósito es hacer un esbozo de la situación de los trastornos de la conducta alimentaria y el malestar psicológico como problemas de salud dentro de la población joven. Además, en este capítulo se presentan los objetivos, el alcance y las limitaciones de la investigación.

El Capítulo II, referido al marco teórico, describe los antecedentes que fundamentan la investigación, las bases legales y la profundización de los términos relacionados con las variables estudiadas.

El Capítulo III, versa sobre la metodología utilizada para el desarrollo de la investigación, especificando lo referente al tipo y diseño de investigación, población y muestra estudiada. También se desarrolla en este capítulo lo relacionado con la técnica y los instrumentos de recolección de la información, incluyendo una descripción detallada de los mismos. Finalmente se explica el tratamiento estadístico empleado, necesario para el logro de los objetivos planteados.

El Capítulo IV, en el que se muestran los resultados obtenidos, comprende la presentación de las tablas y gráficos correspondientes de acuerdo al los diferentes análisis estadísticos de los datos obtenidos a través de la aplicación de los instrumentos.

En el Capítulo V se realiza la discusión de los resultados obtenidos y se delimitan las conclusiones y recomendaciones a partir de los resultados de nuestro estudio.

Por último, se presentan las referencias y anexos respectivos que apoyaron el desarrollo de la presente investigación.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

*“La civilización es un movimiento y no un estado,
un viaje y no un puerto”*

Arnold Toynbee

Planteamiento del problema

Es bien sabido que todas las personas no reaccionan igual ante los diferentes eventos que se les presentan a lo largo de la vida. En algunos casos, pueden enfrentar estas situaciones de manera inadecuada, sobre todo los más vulnerables, como el caso de los adolescentes que están en pleno proceso de formación y consolidación de su identidad, pueden reaccionar de forma inadecuada, aislándose de la sociedad, convirtiéndose tal situación en un factor que dificulta el logro de las metas de crecimiento personal, afectando no sólo aspectos de su vida universitaria como capacidad de aprendizaje, salud mental, autoestima, relaciones sociales y rendimiento académico, sino también el normal desarrollo de su familia y el de la sociedad.

De acuerdo a lo declarado por la coordinadora del Área de Emergencia Psiquiátrica del Hospital Universitario de Caracas, Omaña (2008) las consultas de esta especialidad médica se han incrementado un 30% en los últimos 5 años. Igualmente refiere que los primeros motivos de consulta son las neurosis, la depresión y los trastornos de ansiedad.

En este mismo orden de ideas, el presidente de la Sociedad Venezolana de Psiquiatría, Macías (2008) el 40% la población

venezolana en algún momento de su vida ha sufrido algún trastorno mental.

Según Contreras (2005), salud mental es la capacidad de un individuo para negociar los desafíos en la diaria interacción con la sociedad, sin tener que sufrir experiencias cognitivas, emocionales y conductuales disfuncionales, que pueden estar influenciadas por numerosos factores de riesgo: condiciones de estrés, del medio ambiente, vulnerabilidad biológica y genética, disfunciones psíquicas agudas o crónicas.

Por su parte, Al Nakeeb, Alcázar, Fernández, Malagón y Molina (2002) señalan que es la capacidad personal de pensar, sentir y actuar con eficacia para adaptarse y/o modificar el medio cotidiano disfrutando con todo ello.

Respecto a la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria, algunos autores afirman que la misma ha aumentado no sólo refiriéndose al número de personas que los padecen, sino que su esparcimiento hacia grupos más amplios de la población. Bonilla y Martínez (2001).

Esto ha llevado a la necesidad de su estudio en diferentes países. Tal es el estudio epidemiológico transcultural para comparar la presencia de síntomas de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes

españolas y norteamericanas, desarrollado por Raich, Rosen, Deus, Pérez, Requena y Gross (1992), donde el 12,11 % de las jóvenes norteamericanas tuvieron conductas y actitudes características de TCA al igual que un 10,06 % de las españolas, evaluadas con el Eating Attitude Test (EAT). Igualmente, Mukai y McCloskey (1996), realizaron un estudio transcultural con muchachas japonesas y norteamericanas, encontraron 14,1 % de jóvenes japonesas con actitudes y conductas problemáticas hacia la alimentación y 15,89 % de las norteamericanas con problemas similares.

En Venezuela, los trastornos de la conducta alimentaria sólo han sido estudiados a través de investigaciones adelantadas por universidades, ya que las estadísticas oficiales más recientes del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de Venezuela (2011) no dan cuenta de su presencia.

Igualmente a través de la iniciativa de instituciones universitarias, se han desarrollado algunas investigaciones que exploran factores relacionados con el desarrollo de los TCA en diferentes grupos poblacionales, sin embargo, el abordaje de ellos en la población adulta joven sigue siendo escaso.

La asociación entre la carrera de Nutrición y Dietética estudiada y la prevalencia de síntomas de TCA fue estudiada en las décadas de los

ochenta y noventa a través de numerosos. Algunas de estas investigaciones realizadas a nivel mundial arrojaron resultados tan diversos, que no ha sido posible ser concluyente al respecto. (Crockett y Littrell, 1985; Drake, 1989; Fredenberg, Berglund y Dieken, 1996; Kinzl, Traweger, Trefalt, Mangweth y Biebl, 1999)

Específicamente en el contexto latinoamericano, Behar, Alviña, Medinelli y Tapia (2007) encontraron que las estudiantes de Nutrición y Dietética tuvieron un riesgo similar (15%) de padecer patologías alimentarias que otros universitarios y el estado nutricional no se asoció al riesgo de desarrollarlas.

De lo anterior se desprende la importancia de una detección temprana en la población universitaria, antes que el trastorno se instale con sus consecuentes complicaciones médicas, ya que el inicio de un tratamiento temprano mejora tanto la respuesta como el pronóstico. Asimismo, se considera sumamente importante determinar la existencia de síntomas de riesgo de TCA en la población joven, dado que es precisamente en este grupo etario en el cual se ha encontrado una mayor incidencia de estas patologías.

Objetivos de la investigación

El objetivo general de la presente investigación fue establecer la relación entre síntomas de malestar psicológico y el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y, en estudiantes de Nutrición y Dietética de la Universidad de los Andes, Venezuela. Es necesario, entonces, el logro de los siguientes objetivos específicos:

1. Determinar la prevalencia de síntomas de malestar psicológico en los estudiantes de Nutrición y Dietética de la Universidad de los Andes, de acuerdo al año académico.
2. Estimar la necesidad subjetiva y objetiva de ayuda psicológica de los estudiantes de Nutrición y Dietética de la Universidad de los Andes.
3. Estimar la prevalencia de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en los estudiantes de Nutrición y Dietética de la Universidad de los Andes, de acuerdo al año académico.
4. Explorar la relación entre los síntomas de malestar psicológico en los estudiantes de Nutrición y Dietética de la Universidad de los Andes y el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria (TCA).

Justificación

La vida del estudiante universitario está caracterizada por obligaciones, competencias y retos particulares no solo de la carrera sino, además, las propias de la etapa vital por la que comúnmente atraviesan.

El incremento en los problemas salud en los jóvenes puede ser una consecuencia del acceso a las universidades a edades cada vez más tempranas. Royal College of Psychiatrists. (2003).

Los estudiantes universitarios se enfrentan cada vez más a situaciones que les demandan una gran cantidad de recursos físicos y psicológicos de diferente índole. Alejarse del hogar, la familia y los amigos de la infancia, llegar a un lugar desconocido y, en algunos casos, a una cultura diferente, constituye un desafío adicional a una edad harta conocida por sus exigencias físicas y psicológicas particulares, la adolescencia.

Estos pueden ser ingredientes potentes para el sufrimiento y los trastornos psiquiátricos, aunado a una relativa falta de supervisión constante puede resultar en que estas dificultades pasan va desapercibidas, pudiendo desencadenar trastornos del comportamiento alimentario, frecuente en la adolescencia y en los adultos jóvenes.

Asimismo, los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) aunque son poco comunes en la población general, son considerados como uno de los principales problemas psiquiátricos en mujeres jóvenes. Además, están asociados con un alto riesgo de mortalidad, una tasa baja de recuperación, una co-morbilidad alta y un alto riesgo de recaídas. (Hoek y Van Hoeken, 2003)

El comienzo de estos trastornos suele ser encubierto, entre otras cosas, por una necesidad de mantener una imagen corporal ideal para ajustarse a los patrones estéticos vigentes en la sociedad moderna occidental y con frecuencia pasa desapercibido para la familia. (Banfield y McCabe, 2002).

De acuerdo con Bonilla y Martínez (2001), existen indicios de estas patologías alimentarias bajo algunos comportamientos considerados habituales o incluso deseables, como las dietas restrictivas o el ejercicio excesivo.

Respecto a la asociación entre los diagnósticos psiquiátricos y una visión no favorable de la imagen corporal Buddeberg, Klaghofer y Reed (1999), encontraron que mayores distorsiones en la imagen corporal se correlacionaron con mayor morbilidad psiquiátrica.

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, al estudiar los síntomas de malestar psicológico y su relación con el riesgo de trastornos del comportamiento alimentario en los estudiantes de la Licenciatura en Nutrición y Dietética, se hará una aproximación diagnóstica de la situación, que puede representar una oportunidad para esta institución universitaria derivar en acciones necesarias para que sus estudiantes se apropien de estrategias para manejar adecuadamente las diversas situaciones que puedan afectar su condición de salud física y mental.

Desde el punto de vista científico-académico, el desarrollo de esta investigación permite enlazar y aplicar los conocimientos obtenidos en el doctorado de Patología Existencial e Intervención en Crisis, convenio UAM-ULA, explorando variables de índole psicológico en una población estudiantil abordada por primera vez, lo que permite mirarla desde una nueva perspectiva, además de adecuar los instrumentos a nuestra realidad.

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

*"La curiosidad es una osadía, un orgullo,
una impaciente confesión de ignorancia"*

Leonard Rubinstein

Antecedentes de la investigación

Dado que las variables de estudio son los síntomas asociados de malestar psicológico y el riesgo de trastornos del comportamiento alimentario (TCA) en estudiantes de Nutrición y Dietética, es necesario mencionar investigaciones previas que fundamentaron y dirigieron la comprensión de la presente investigación.

En relación a los síntomas de malestar psicológico en estudiantes universitarios, Benítez, Quintero y Torres (2001), realizaron un estudio titulado Prevalencia de riesgo de trastornos psiquiátricos en estudiantes de pregrado de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile cuyo objetivo fue determinar el riesgo de padecer patología psiquiátrica, en 457 estudiantes, 171 (37%) eran mujeres y 286 (63%) varones ubicados en los diferentes cursos de la carrera, a través de la aplicación del Goldberg abreviado (GHQ-12). Los resultados arrojados muestran que 41% de los estudiantes estaban en situación de riesgo, sin diferencia de género.

Asimismo, Perales, Sogi y Morales (2003), a través del Estudio comparativo de salud mental en estudiantes de medicina de dos universidades estatales peruanas, se plantearon como objetivo describir y

comparar el estado de salud mental de dos poblaciones de estudiantes de Escuelas de Medicina: 1) 1115 matriculados en 1997 en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2) 508 matriculados en 1998 en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo. La proporción de varones fue mayor que la de mujeres; la edad media fue 24 años en ambas poblaciones. Se utilizó la encuesta de Salud Mental Abreviada, autoadministrada. Los resultados mostraron problemas de salud mental en ambas poblaciones en relación a altos niveles de estrés, prevalencia de vida de uso/abuso de cigarrillos y alcohol; conductas disociales y violentas; además de hábitos de vida afectados por las exigencias de los estudios médicos con disminuidas oportunidades de disfrute de entretenimiento social.

En este mismo sentido, Cerchiari, Caetano y Faccenda (2005) en el estudio titulado *Prevalência de transtornos mentais menores em estudantes universitários*, a través de un diseño de campo de corte transversal, se plantearon como objetivo estimar la prevalencia de trastornos mentales menores (TMM) en una muestra de 588 estudiantes universitarios de las carreras de Ciencias de la Computación, Derecho, Letras e Ingeniería. Para ello, utilizaron el Cuestionario de Salud General de Goldberg en su modalidad de 60 ítems. Se constató una prevalencia del 25% de TMM entre los estudiantes, destacándose como trastorno principal, los psicósomáticos.

Por su parte, Camacho y otros (2007) realizaron un estudio un estudio de corte transversal de tipo descriptivo titulado Incidencia de patología psiquiátrica menor en los estudiantes de primero a cuarto año de la Escuela de Medicina “José María Vargas”. El objetivo de dicho trabajo fue evaluar la presencia de patología psiquiátrica menor en los estudiantes de primero a cuarto año de la Escuela de Medicina “José María Vargas” de la Universidad Central de Venezuela. Para ello, utilizaron el Cuestionario de Salud General de Goldberg en su modalidad de 12 ítems y tomando una muestra representativa por selección aleatoria de una población constituida por todos los estudiantes que cursan del primero al cuarto año. Se encontró que la incidencia de patología psiquiátrica menor es de un 57,62%, observándose que la misma es significativamente mayor en el sexo femenino.

El propósito de estudiar la problemática de salud mental en una muestra representativa de estudiantes (n=632) de la Universidad de Concepción- Chile, Cova, Alvial, Aro, Bonifetti, Hernández, y Rodríguez (2007) realizaron un muestreo por conglomerado de la mayoría de las Facultades de la Universidad. Se encontró un 23.4% de síndrome ansioso y 16.4% de síndrome depresivo. La problemática observadas más frecuente fue la presencia de sintomatología ligada al estrés académico. Además, observaron altas cifras relacionadas con el deseo de muerte e ideación suicida.

Asimismo, en México, Joffre, Maldonado, Lin y Cruz (2007) aplicaron el cuestionario general de Salud (GHQ) en su versión de 30 ítems a 174 estudiantes de primer año de la Facultad de Medicina "Dr. Alberto Romo Caballero" de la Universidad Autónoma de Tamaulipas se aplicó la encuesta a 174 estudiantes, el 58% correspondió al sexo femenino, el 27.6% de la muestra calificaron con un puntaje que los ubica como casos, el 2.4% de estos presentaron un nivel de severidad grave.

Por su parte, Palacio y Martinez (2007) establecieron la relación del Rendimiento Académico (RA) con la salud mental en los estudiantes universitarios de la Simón Bolívar en Colombia, a través de un estudio correlacional con 217 universitarios de diferente sexo, seleccionados intencionalmente, quienes respondieron a seis cuestionarios adaptados y relacionados con cada variable. Los resultados principales indicaron que el RA correlaciona negativamente con el estado de ansiedad y el 27.2% presentaron características depresivas.

Con el objetivo de evaluar el estrés académico, el apoyo social y su relación con la salud mental y el rendimiento académico en estudiantes (n=321) de carreras técnicas en Caracas, Venezuela, Feldman, Goncalves y Chacón-Puignau (2008), una serie de instrumentos, entre ellos el GHQ-28, durante el periodo académico de mayor tensión. Los

resultados indicaron que las condiciones favorables de salud mental están asociadas con un mayor apoyo social y un menor estrés académico. Los ítems reportados con mayor frecuencia fueron los relacionados con el factor de angustia y ansiedad (32%) y somatización (20%). Los pensamientos relacionados con el suicidio o falta de sentido de la vida fueron poco frecuentes.

En este mismo orden de ideas, Cabrera, Sánchez, y Bravo (2009) realizaron un estudio descriptivo transversal titulado Salud mental en estudiantes de medicina integral comunitaria en Venezuela cuyo objetivo fue evaluar la Salud Mental alumnos de medicina integral comunitaria del Área de Salud Integral Comunitaria de Transporte, perteneciente al municipio “Rafael Urdaneta” del estado de Miranda en la República Bolivariana de Venezuela durante el segundo trimestre del curso escolar 2008. La población fue de 49 sujetos y la muestra de 40. Se aplicó el cuestionario de salud general de Goldberg en su versión castellana de 12 ítems. Se concluyó que algunos estudiantes presentaban deterioro en la salud mental, así como también que no existía asociación entre el consumo de alcohol y tabaco y el resultado de la aplicación de dicho cuestionario; por otro lado, aunque entre las alumnas se halló el mayor número de casos, su porcentaje fue menor que entre los varones.

Igualmente, Morales (2010) evaluó la salud mental, la necesidad de ayuda psicológica, factores estresantes y hábitos nocivos que tienen los estudiantes (n=833) de la Facultad Ciencias de la Educación de la Universidad de Carabobo, a través de una investigación de tipo descriptiva, utilizando el GHQ-28 de Goldberg como un instrumento para identificar pacientes con trastornos psíquicos en ámbitos no especializados en psiquiatría. Por los resultados obtenidos se concluyó que una cuarta parte de los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Educación, objetos de estudio, presentan alteraciones en la salud mental.

Más recientemente, Arias (2011) realizó un estudio en Mérida, Venezuela, con el objetivo de relacionar los tipos de sensibilidad interpersonal con la necesidad objetiva y subjetiva de ayuda psicoterapéutica en los estudiantes (n= 284) de la carrera de Bioanálisis de la Universidad de los Andes. En este estudio transversal además se determinó la presencia de síntomas de malestar psicológico a través del cuestionario de Goldberg 28 ítems (GHQ28). Evaluó a 284 estudiantes de pregrado de la Escuela de Bioanálisis. Con relación a los resultados del Goldberg el 19,1% presentaron riesgo de malestar psicológico.

Asimismo, Pereira (2011), al estudiar la salud mental y sensibilidad emocional en estudiantes de odontología (n=288) de Universidad de los Andes Venezuela, encontró que el 22,7% fueron considerados positivos

ya que puntuaron GHQ-28 >5, y que dichos valores ascendían de forma significativa a medida que se avanza en la carrera.

En revisión de estudios referentes a TCA en adolescentes y adultos jóvenes, encontramos que Ruiz y otros (1998) estudiaron la prevalencia de riesgo de TCA en escolares de Zaragoza (n=4047) a través de un estudio de doble fase, en el que encontraron 3 % en varones y 16 % en mujeres con valores del EAT-40 mayores a 30.

De igual manera, Morandé y Casas (1999) realizaron un estudio en adolescentes madrileños de 15 años obteniendo una prevalencia de riesgo de TCA de 1,96% en hombres y 17,36% en mujeres. Esto indicó un incremento significativo del riesgo de TCA respecto a la investigación realizada por estos mismos investigadores, ocho años antes con la misma población.

Un estudio similar fue realizado por Pérez-Gaspar y otros (2000) en mujeres de Navarra (n= 3472) de 12 a 21 años para detectar riesgo de trastornos de la conducta alimentaria TCA a través del Eating Attitudes Test (EAT-40), encontrando un 11% de población en riesgo.

Por su parte, Poyato, Poyato, Sánchez y Cañete (2002) evaluaron con el Eating Attitudes Test (EAT-40) a 825 hombres y 795 mujeres en edades entre 14 y 17 años en la ciudad de Córdoba, España, y

encontraron que para el total de la muestra hubo un 8,9 % de personas en riesgo. Al discriminar según el sexo, 2,6 % eran hombres y 15,3 % mujeres.

Asimismo, Lameiras, Calado, Rodríguez y Fernández (2002), evaluaron la prevalencia de anorexia nerviosa y trastorno por atracón en una muestra (n= 455) de estudiantes universitarios españoles, a través del Eating Disorders Inventory (EDI) y un cuestionario sobre el comportamiento alimentario para detectar los sujetos con riesgo de padecer trastornos alimentarios. Encontraron una prevalencia de 6,4% de trastornos de la conducta alimentaria. Además, el análisis de las medias indicó que las chicas mostraron puntuaciones más altas en impulso para adelgazar, bulimia, conciencia interoceptiva, insatisfacción corporal e ineficacia que los chicos.

Aplicando el mismo instrumento para valorar el riesgo de TCA, Sepúlveda, Carroble y Garandillas y otros (2008) realizaron un estudio para determinar la prevalencia de riesgo de desarrollar desórdenes alimentarios y actitudes poco saludables hacia la alimentación en estudiantes de 7 escuelas de la Universidad Autónoma de Madrid, encontrando un 17.6% de riesgo, con diferencias estadísticamente significativas de acuerdo al género (mayor en mujeres). Sin embargo, no

encontraron diferencias significativas de acuerdo a la carrera ni al año académico.

Recientemente, Ast y Fadavi (2011) realizaron un estudio transversal para estudiar la prevalencia de riesgo de TCA en estudiantes femeninas (n=300) de la Universidad de Tunekabon (Irán). Para ello, aplicaron el Eating Attitudes Test (EAT-26) encontrando una prevalencia de riesgo de 20% y refieren que estos hallazgos son más o menos similares a los encontrados en los pocos estudios existentes en dicho país.

Estos datos dan una idea de la importancia que ha cobrado la problemática y su aparente aumento en diferentes partes del mundo.

Respecto a estudios sobre TCA en el contexto venezolano, Lugli y Vivas (2006) afirman que la presencia de TCA en Venezuela ha sido determinada casi exclusivamente por investigaciones realizadas en universidades y en organismos privados. Las estadísticas oficiales más recientes del Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela (2011) no dan cuenta de cifras relacionadas con esta patología.

En concordancia con lo afirmado por los autores arriba mencionados, encontramos que Ríos, Machado, Risquez y Ortega (1996) realizaron un estudio para obtener una aproximación de la presencia de conductas y

actitudes características de anorexia nerviosa en Venezuela en 13 escuelas del área metropolitana de Caracas, pertenecientes a diferentes niveles socioeconómicos. En esta investigación se utilizó la versión para niños del Eating Attitudes Test (ChEAT), ya que las edades de los participantes oscilaron entre 10 y 18 años. Los resultados indicaron que un 11 % de los niños presentaron las características señaladas. El estudio encontró diferencias significativas en cuanto al género, reportando un 18 % de conductas características de anorexia y bulimia nerviosa en las niñas y 4 % en los varones.

Por su parte, Bello y Di Bella (2003) realizaron un estudio que indicó que 17 % de 202 jóvenes estudiantes universitarias de la Universidad Católica Andrés Bello (Venezuela) evaluadas con el Eating Attitudes Test (EAT) y el DSM-III-R manifestaron la presencia de indicadores sugestivos de anorexia nerviosa y 6 % de ellas presentaron bulimia nerviosa.

A su vez, Quintero, Pérez, Montiel, Pirela, Acosta y Pineda (2003), realizaron una investigación en adolescentes de Maracaibo (n= 1363) utilizando como medio de evaluación un instrumento ad-hoc basado en los criterios del DSM-IV y validado a través del juicio de expertos, en el cual participaron un psiquiatra y seis psicólogos clínicos, nacionales e internacionales, con conocimientos y experiencia en el área. No se encontró casos de anorexia nerviosa. Hubo una prevalencia de 1,58 %

de bulimia nerviosa y de 0,66 % atracones o sobreingesta compulsiva. Estas cifras son notablemente contrastantes con las obtenidas por otros estudios en Venezuela.

Por su parte, Lugli y Vivas (2006) diseñaron tres estudios no experimentales de corte transversal para estudiar la presencia de conductas y actitudes de riesgo de trastornos del comportamiento alimentario, a través de mediciones realizadas en tres años diferentes, a saber: 1995 (n= 170); 1997 (n=216) y 2004 (n= 483). Los resultados mostraron que en 1995 el 10 % de las mujeres presentaban conductas de riesgo. En 1997 el 8,33 % de las mujeres y el 0,46 % de los hombres presentaron conductas sugestivas de riesgo de trastornos del comportamiento alimentario. En 2004, se obtuvo un porcentaje de 8,84 % en mujeres y 1,94 en hombres.

Otro punto importante revisión para la presente investigación fue la prevalencia de estos trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de Nutrición o carreras relacionadas con la alimentación.

En tal sentido, Howat, Beplay, y Wozniak (1993), compararon la incidencia de conductas bulímicas entre diferentes profesiones. Para ello, realizaron un estudio transversal a través de un cuestionario a dietistas, enfermeras y maestras (n= 980) en Luisiana (E.U.A.). Los resultados

arrojaron un 2.2% de incidencia, no hubo diferencias de acuerdo a la profesión, el género o la raza. Sin embargo, los dietistas reportaron más experiencias bulímicas en años anteriores que los enfermeros o maestros.

En este mismo orden de ideas, Fredenberg y otros (1996), examinaron la incidencia de trastornos alimentarios en cinco grupos de estudiantes, (incluidas las de nutrición), no encontrando diferencias significativas en los puntajes de EAT-40 entre las diferentes carreras.

Igualmente, Kinzl y otros (1999), examinaron las conductas alimentarias de nutricionistas austriacas tituladas, encontrándose 6,6% bajo peso, 12,3% con sobrepeso y el resto de la muestra se clasificó como normal para el IMC (Índice de Masa Corporal). Del total de la muestra, el 7,5% se encontraba en riesgo de desarrollar una patología alimentaria. La prevalencia de padecer o haber padecido un cuadro alimentario fue de 2,5% para la anorexia nervosa y 3,4% para la bulimia nervosa. De aquellas que presentaban sobrepeso, 6 (15%) fueron diagnosticadas con trastornos de la conducta alimentaria no especificados. Estos resultados no difieren de lo encontrado en otras poblaciones.

Asimismo, Raich (2001) realizó un estudio en el cual uno de los objetivos fue analizar la relación entre los TCA y los indicadores de malestar psicológico (depresión, ansiedad, autoestima y asertividad) en estudiantes (n=573) de las carreras de Medicina, Psicología, Derecho, Dietética y Nutrición, Enfermería, Turismo, Magisterio, Danza, Trabajo Social, Auxiliar de Enfermería y Educación Infantil pertenecientes a 11 centros de formación profesional en Barcelona, España. Para esto, utilizó una batería de cuestionarios conformada por el Eating Attitudes Test, el Body Shape Questionnaire, el Eating Disorder Inventory, el Three-Factor Eating Questionnaire, el Beck Depression Inventory, el State-Trait Anxiety Inventory, el College Self-Esteem Scale y el Rosenberg Self-esteem scale. Encontró una prevalencia general de riesgo de TCA 14,2%. La depresión, la ansiedad y los niveles bajos de autoestima y de asertividad se relacionaron significativamente con las actitudes patológicas hacia la comida, valoradas estas últimas a través del EAT-40. El estudio no hace referencia a diferenciación de acuerdo a la carrera.

Más recientemente, Behar y otros (2007) encontraron que las estudiantes de Nutrición y Dietética tuvieron un riesgo similar (15%) de padecer patologías alimentarias que otros universitarios y el estado nutricional no se asoció al riesgo de desarrollarlas.

La imagen corporal constituye la base de muchos estudios sobre trastornos del comportamiento alimentario debido a su identificación teórica y empírica como factor de riesgo asociado en el desarrollo de los mismos.

En este sentido, López, Prado, Montilla, Molina, Da Silva, y Arteaga (2008) realizaron un estudio no experimental correlacional con el propósito de evaluar la insatisfacción con la imagen corporal, a través del Body Shape Questionnaire (BSQ), y su relación con la baja autoestima por la apariencia física en estudiantes del primer año de las carreras de medicina, enfermería y nutrición (n=189) de la Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes en Mérida, Venezuela. Entre otros hallazgos, en el estudio se pudo determinar que no existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la insatisfacción con la imagen corporal en relación con la carrera estudiada.

Por su parte, Korinth, Schiess y Westenhoefer (2009), estudiaron la conducta alimentaria y los desórdenes de alimentación en estudiantes de ciencias de la nutrición con el objetivo de aclarar si estos presentaban mayor prevalencia de desórdenes alimentarios, lo cual podría condicionar la elección de la carrera. Igualmente, se plantearon aclarar si el tener más conocimientos sobre nutrición los llevaba a hacia un comportamiento más saludable o hacia conductas alimentarias obsesivas poco

saludables. Para ello, plantearon una investigación comparativa transversal en estudiantes de universidades alemanas. Valoraron la restricción alimentaria, la desinhibición y la tendencia hacia la ortorexia en estudiantes del primero (n=123) y último semestre (n=93) comparándolo con un grupo control de estudiantes de otra carrera. Los estudiantes de nutrición mostraron mayor tendencia a la restricción alimentaria que el grupo control. No hubo diferencias en cuanto a la desinhibición y la ortorexia nerviosa entre ambos grupos. La tendencia a la ortorexia fue menor en los estudiantes del último semestre. En cuanto a la escogencia de alimentos saludables, no hubo diferencia entre los estudiantes del primer semestre de ambas carreras; mientras que se observó decisiones más saludables en los estudiantes del último semestre de nutrición al compararlos con los estudiantes del último semestre del grupo control. En conclusión, los estudiantes de nutrición, más que otros estudiantes, tienden a restringir la ingesta de alimentos como una manera de controlar el peso, pero no muestran patrones de desórdenes de alimentación diferentes a otros estudiantes. Sin embargo, durante sus estudios, adoptan conductas más saludables y disminuye la tendencia a ser obsesivos con la alimentación.

Bases Teóricas

Salud mental

Recientemente se ha hecho común la idea de que los problemas de salud mental en estudiantes son más frecuentes ahora que en el pasado. De acuerdo al Real Colegio de Psiquiatras de Londres (2011), existen dificultades para obtener datos precisos sobre problemas de salud mental en la población estudiantil británica.

La primera está relacionada con la definición de estudiante, ya que algunos estudios se centran en estudiantes universitarios, otros en cursos vocacionales en colegios, entre otros. Igualmente, algunas investigaciones se centran en aspectos como el vivir fuera del hogar mientras que otros lo hacen sobre estudiantes que viven en el hogar. Incluso, existen diferencias en cuanto a la definición de la edad de la población en estudio, mientras unos se centran en estudiantes universitarios, otros lo hacen en estudiantes más jóvenes. Por otra parte, algunos estudios se refieren a cuestiones en torno a que viven lejos del hogar, mientras que otros incluyen los estudiantes que viven en el hogar. Todas estas diferencias dificultan la realización de estudios comparativos. Royal College of Psychiatrists. (2003).

A lo anteriormente mencionado se le debe añadir las diferencias en cuanto a la definición de salud mental. En algunos estudios se refiere a los síndromes que llevan a un diagnóstico de salud mental, mientras que en otros se refiere a los síntomas o comportamientos problemáticos. En los primeros se relaciona con “desorden” y en los segundos con “problemas”. Ob. Cit.

Según Contreras (2005), salud mental es la capacidad de un individuo para negociar los desafíos en la diaria interacción con la sociedad, sin tener que sufrir experiencias cognitivas, emocionales y conductuales disfuncionales, que pueden estar influenciadas por numerosos factores de riesgo: condiciones de estrés, del medio ambiente, vulnerabilidad biológica y genética, disfunciones psíquicas agudas o crónicas.

Por su parte, Al Nakeeb, Alcázar, Fernández, Malagón y Molina (2002) señalan que es la capacidad personal de pensar, sentir y actuar con eficacia para adaptarse y/o modificar el medio cotidiano disfrutando con todo ello.

En las definiciones anteriores, y en concordancia con lo expresado por Escobar y Cova (1997), encontramos ciertos denominadores comunes del término “salud mental”, a saber: a) ausencia de síntomas

disfuncionales, b) bienestar físico y emocional, c) calidad de vida y d) presencia de atributos individuales positivos.

Se debe destacar igualmente, la importancia de recordar la necesidad de contextualizar socialmente cualquier intento de definición de “salud mental” y que algunos síntomas pueden estar relacionados a normas y valores culturales específicos.

Malestar psicológico

En lo que se refiere a malestar psicológico, Espíndola y otros (2006) lo define como “una entidad clínica que hace referencia a un conjunto de reacciones psíquicas, manifestaciones emocionales y conductuales que se caracterizan por su curso breve, rápida evolución y buen pronóstico.”

Por su parte, Páez (1986 en Alderete, 2004) refiere que el malestar “nivel de stress percibido, desmoralización, disconfort y desasosiego” que nos brinda invaluable información acerca del comportamiento, pensamientos, sentimientos e incluso de la misma auto percepción del sujeto que podría derivar en alteraciones de la salud mental.

Adicionalmente, Morales-Carmona y otros (2005) afirman que el malestar psicológico se manifiesta “un conjunto de cambios emocionales

estrechamente relacionados con un evento, circunstancia o suceso, y que no puede ser agrupado en una condición sintomática por no reunir los criterios propuestos. Es obvio que la persona experimenta su condición con incomodidad subjetiva”.

.

Somatización

El Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV) (1994) incluye la somatización dentro de los trastornos somatomorfos y la define como un patrón de síntomas somáticos, recurrentes, múltiples y clínicamente significativos. Esto último se refiere a la necesidad de tratamiento médico o cuando estos síntomas causan un deterioro evidente de la actividad social, laboral o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Igualmente, el citado manual refiere que, para su diagnóstico, los síntomas somáticos deben empezar antes de los 30 años con mayor prevalencia en mujeres que en hombres y persistir durante varios años (Criterio A). Los múltiples síntomas no pueden explicarse completamente por la presencia de alguna enfermedad conocida o por los efectos directos de una sustancia.

Debe existir una historia de dolor relacionada con al menos cuatro zonas diferentes del cuerpo o con diversas funciones (Criterio B1). Asimismo, al menos debe haber dos síntomas de tipo gastrointestinal, además de dolor (Criterio B2).

Además, debe haber una historia de, al menos, un síntoma sexual o reproductivo, además del dolor (Criterio B3). Igualmente, debe haber una historia de, al menos, un síntoma distinto al dolor, que sugiera la presencia de un trastorno pseudoneurológico (Criterio B4).

Adicionalmente, a través de un examen médico, debe descartarse la presencia de una enfermedad, de mecanismos fisiológicos conocidos o de efectos de algunas sustancias o, en caso de alguna enfermedad, los síntomas deben ser mayores de lo que se espera a partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio (Criterio C).

Finalmente, los síntomas no explicados del trastorno de somatización no deben ser simulados o producidos intencionadamente (como ocurre en el trastorno facticio o en la simulación), es decir, no están bajo el control voluntario del individuo (Criterio D)

De acuerdo a Lipowski (1988), el término “somatización” se atribuye a Stekel, el cual a principio del siglo pasado lo definió como un trastorno

corporal que surge a causa de la expresión de una neurosis muy profundizada.

Ansiedad

De acuerdo con Moreno (2002), la ansiedad es una emoción normal que cumple una función adaptativa en numerosas situaciones. Todo organismo viviente necesita disponer de algún mecanismo de vigilancia para asegurar su supervivencia y la ansiedad cumple ese papel en numerosas situaciones.

Así, es normal, y deseable, que un ser humano tenga miedo cuando se avecina un peligro real. De hecho nuestro organismo está preparado para aprender a sentir miedo y ansiedad en determinadas circunstancias como una forma de prevenir males mayores. En cierta medida, la educación de nuestros hijos consiste también en hacerles aprender a sentir miedo o ansiedad ante circunstancias, situaciones o animales que pueden llegar a ser peligrosos.

Sin embargo, Moreno (ob.cit.) puntualiza que en el trastorno de ansiedad generalizada

“no se teme nada en particular pero se teme todo al mismo tiempo. La persona que sufre este trastorno de ansiedad tiene una gran facilidad para preocuparse por muchas

cosas y mucha dificultad para controlar las preocupaciones.

No se limita la ansiedad a una o varias situaciones con cierta similitud entre sí, como ocurre en el resto de trastornos de ansiedad. ”

La ansiedad generalizada, o ansiedad flotante, es aquélla que no está focalizada en ninguna situación específica como ocurre en otros trastornos.

En el trastorno de pánico se temen las crisis de ansiedad o los lugares donde es más fácil tenerlas, si se da con agorafobia. En la fobia social se temen las situaciones sociales y la crítica negativa de los demás. En las fobias específicas se temen situaciones concretas como a animales o aviones, por ejemplo. En el trastorno obsesivo-compulsivo se teme una enfermedad o a cometer errores, por citar algunas obsesiones. En el trastorno de estrés postraumático se temen los recuerdos del acontecimiento traumático.

En el caso de la ansiedad generalizada, por el contrario, no existe una razón específica para la constante preocupación, es como si siempre hubiera algo por lo cual preocuparse: pequeños problemas en los estudios, el trabajo, o la relación de pareja, tener un accidente al salir de casa. Una permanente sensación de fatalidad acompaña a la persona, a

quien le resulta imposible dejar de preocuparse por las pequeñas cosas de la vida.

Esta ansiedad constante se manifiesta, lógicamente, en síntomas como: dificultad para concentrarse, inquietud, fatiga, irritabilidad, tensión muscular o problemas para dormir.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV) (1994) la caracteriza por la presencia de excesivas ansiedad y preocupación (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan durante más de 6 meses (criterio A), con una dificultad por parte de la persona de controlar este estado de constante preocupación. (criterio B). Estos estados de ansiedad y preocupación se manifiestan con síntomas como inquietud o impaciencia, fatigabilidad fácil, dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular, dificultad para conciliar o mantener el sueño o sensación al despertarse de sueño no reparador (criterio C). El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del Eje I; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo),

estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.(criterio D). Además, la ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (criterio E). Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo (criterio F).

Insomnio

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV) (1994), los trastornos del sueño están divididos en cuatro grandes apartados según su posible etiología. Los trastornos primarios del sueño son aquellos que no tienen como etiología, ninguno de los siguientes trastornos: otra enfermedad mental, una enfermedad médica o una sustancia.

Estos trastornos del sueño aparecen presumiblemente como consecuencia de alteraciones endógenas en los mecanismos del ciclo sueño-vigilia, que a menudo se ven agravadas por factores de condicionamiento. A su vez, estos trastornos se subdividen en disomnias (caracterizadas por trastornos de la cantidad, calidad y horario del sueño) y en parasomnias (caracterizadas por acontecimientos o conductas anormales asociadas al sueño, a sus fases específicas o a los momentos de transición sueño-vigilia).

En este sentido, Morin, Ch. y Espie, C. (2004), señalan que el trastorno del sueño relacionado con otro trastorno mental consiste en alteraciones del sueño debidas a un trastorno mental diagnosticable (a menudo trastornos del estado de ánimo o trastornos de ansiedad), que es de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente. Probablemente, los mecanismos fisiopatológicos responsables del trastorno mental también afectan la regulación del ciclo sueño-vigilia.

El trastorno del sueño debido a una enfermedad médica consiste en alteraciones del sueño como consecuencia de los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica sobre el sistema sueño-vigilia.

El trastorno del sueño inducido por sustancias consiste en alteraciones del sueño como consecuencia del consumo o del abandono de una sustancia en particular (fármacos incluidos).

El estudio sistemático de los individuos que presentan alteraciones importantes del sueño, supone una evaluación del tipo específico de alteración y de los trastornos mentales, médicos o relacionados con sustancias (fármacos incluidos) que pudieran ser responsables de dichas alteraciones.

Las disomnias son trastornos primarios del inicio o el mantenimiento del sueño, o de somnolencia excesiva, que se caracterizan por un trastorno de la cantidad, la calidad y el horario del sueño.

De acuerdo al El Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV) (1994), la característica esencial del insomnio primario es la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o la sensación de no haber tenido un sueño reparador durante al menos 1 mes (Criterio A), que provoca un malestar clínicamente significativo o un deterioro laboral, social o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio B). Esta alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno del sueño (Criterio C) u otro trastorno mental

(Criterio D) y no es debida a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica (Criterio E).

Los individuos con insomnio primario presentan muy a menudo una combinación de dificultades para dormir y despertares frecuentes durante la noche. Con menos frecuencia se quejan únicamente de no tener un sueño reparador, es decir, tienen la sensación de que su sueño ha sido inquieto, poco profundo y de poca calidad. Este trastorno se suele asociar con un aumento del nivel de alerta fisiológica y psicológica durante la noche, junto a un condicionamiento negativo para dormir. La preocupación intensa y el malestar por la imposibilidad de dormir bien pueden generar un círculo vicioso: cuanto más intenta el individuo dormir, más frustrado y molesto se encuentra, y menos duerme. Estar acostado en una cama en la que la persona ha pasado a menudo noches sin dormir puede producir frustración y activación condicionada. Por el contrario, el individuo puede dormirse más fácilmente cuando no lo intenta (p. ej., mientras mira la televisión, lee o conduce el coche). Algunas personas con un estado de alerta alto y un condicionamiento negativo explican que duermen mejor fuera de su dormitorio y de su entorno. El insomnio crónico puede provocar una disminución de la sensación de bienestar durante el día (p. ej., alteración del estado de ánimo y de la motivación; atención, energía y concentración disminuidas, y un aumento de la sensación de fatiga y malestar). A pesar de que los

individuos presentan a menudo la queja subjetiva de fatiga diurna, los estudios polisomnográficos no demuestran generalmente la presencia de un aumento de los signos fisiológicos de somnolencia.

Sobre el impacto del insomnio sobre el bienestar psicológico, Espie (1991) señala que a pesar de no haya somnolencia diurna significativa y que el deterioro cognitivo en los pacientes con insomnio sea limitado, las perturbaciones crónicas del sueño presentes en el insomnio, pueden tener un impacto perjudicial sobre el bienestar psicológico y la calidad de vida. De hecho, el insomnio casi siempre está asociado con la fatiga y trastornos del estado de ánimo como irritabilidad y disforia. El carácter imprevisible e incontrolable de sueño puede llevar a algunas personas a presentar con irritabilidad, tensión, ayuda- impotencia e incluso estado de ánimo depresivos.

Los estudios longitudinales han sugerido que el insomnio persistente no tratado puede ser incluso un factor de riesgo para la depresión mayor.

En tal sentido, Ford y Kamerow (1989) refieren que la pérdida de sueño puede causar un malestar considerable, afectar el funcionamiento profesional y social y disminuir la calidad de vida. A su vez, estos trastornos emocionales pueden contribuir a sentimientos de fatiga, disminución del rendimiento y alteraciones del estado de ánimo.

Por otra parte, es importante señalar que los pacientes con insomnio manifiestan preocupaciones sobre el impacto del insomnio en su salud física. Las quejas generalmente se centran en problemas gastrointestinales, problemas respiratorios, así como dolores de cabeza y dolores no específicos.

De acuerdo con Katz y McHorney (1988), aunque existe una fuerte asociación entre del sueño y las quejas respecto de la salud, aún no se ha establecido una relación clara entre el insomnio y la enfermedad médica. Algunos pacientes temen que el insomnio resulte eventualmente en una enfermedad médica más importante, como un accidente cerebrovascular o incluso cáncer.

En los seres humanos, hay poca evidencia de que la pérdida de sueño, incluso durante varios días, produzca una disfunción física permanente o grave. Algunos estudios, como los de Savard y otros (2003), han sugerido que la privación crónica del sueño puede disminuir la función inmune, sin embargo, no ha surgido ninguna relación causal clara con insomnio clínico. La angustia psicológica asociada a la pérdida de sueño, más que la pérdida de sueño por sí mismo, puede contribuir a reducir la función inmunológica.

Además de los criterios establecidos para su diagnóstico, pueden ser usados varios indicadores para definir el insomnio de manera más operacional y evaluar a su significancia clínica. De acuerdo a Morin y Espie (2004), estos indicadores incluyen la gravedad, frecuencia y la duración de las dificultades de sueño y sus consecuencias asociadas durante el día. Por ejemplo, la cantidad de tiempo necesario para conciliar el sueño y la duración de despertares son indicadores útiles sobre la gravedad de insomnio. Igualmente, el tiempo total de sueño no es un buen índice, por sí mismo, para definir el insomnio, debido a las diferencias individuales en las necesidades de sueño. Es bien sabido que algunas personas pueden funcionar bien con un mínimo de 5-6 horas de sueño y no necesariamente se queja de insomnio, mientras que otros necesitan de 9 a 10 horas y aún quejarse de tener un sueño inadecuado.

También es preciso distinguir el insomnio profesional que todo el mundo experimenta en un momento u otro en la vida del insomnio más frecuente y persistente.

Igualmente es necesario considerar el impacto del insomnio en la vida de un individuo para juzgar su importancia clínica ya que algunas personas experimentan perturbaciones del sueño sin ninguna consecuencia negativa significativa. Las quejas más frecuentes asociados con el insomnio, como se dijo anteriormente, implican fatiga,

dificultades de atención y concentración, problemas de memoria y trastornos del estado de ánimo. Por último, es importante evaluar el grado de sufrimiento ya que algunas personas con buen sueño pueden ocasionalmente experimentar trastornos del mismo sin que esto represente un motivo de angustia para ellos.

Disfunción social

Entendida para el presente estudio como una incapacidad para realizar eficientemente las tareas cotidianas, la disfunción social suele ser confundida con la fobia social. Según el DSM-IV, esta última es un trastorno de ansiedad que suele pasar desapercibido a las personas que lo padecen. Es habitual que achaquen la ansiedad a la propia situación social, sin entrar a cuestionarse sobre la relación que hay entre la situación social en sí —hablar con un profesor, pedir una cita a una chica atractiva o hablar ante un grupo de compañeros en clase o en el trabajo— y el grado de ansiedad experimentado.

igualmente, Schneir, Blanco, Antia y Liebowitz (2006) conciben la fobia social como un rasgo, con trastornos dimensionales vinculados a la timidez, similar al desorden de personalidad evitativa y al mutismo selectivo.

En cuanto a su etiología, Lieb R, Wittchen HU, Hofler M (2000), refieren que existe una fuerte evidencia sobre el origen genético de la fobia social, con una asociación entre la fobia social de los padres y la de los niños. Las fobias parentales pueden estar vinculadas a las fobias de su descendencia a través del aprendizaje social y el modelado, así como a través de enlaces genéticos. Igualmente, de acuerdo con Hybels, Blazer y Kaplan (2000), la alta prevalencia de fobia social en nativos americanos e individuos afro-caribeños con bajos ingresos y bajo nivel educativo, así como en personas que viven en las zonas rurales, sugiere la posibilidad de influencias ambientales.

Depresión

El Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV) (1994), hace referencia a la depresión principalmente como característica de algunos trastornos del estado de ánimo. En este sentido, se menciona al episodio depresivo mayor (episodio afectivo) haciendo la salvedad de que en este caso no puede diagnosticarse como entidad independiente sino más bien sirve como fundamento al diagnóstico de los trastornos del estado de ánimo.

La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades.

En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas (criterio A). Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio. Además, los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día y casi cada día, durante al menos 2 semanas consecutivas. Aunado a lo anterior, los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto, es decir, no existe comorbilidad de síntomas de episodio maníaco y episodio depresivo mayor (Criterio B). El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. (Criterio C). En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia como droga o

medicamento; ni debidos a una enfermedad médica como el caso del hipotiroidismo, por ejemplo (criterio D) Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo o habiéndolo los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor. (criterio E).

La presencia de uno o varios episodios depresivos mayores pueden servir de fundamento para el diagnóstico de trastornos depresivo único o recidivante, respectivamente.

Trastornos de la conducta Alimentaria (TCA)

Los TCA constituyen un grupo de trastornos mentales caracterizados por una conducta alterada ante la ingesta alimentaria o la aparición de comportamientos de control de peso.

Esta alteración lleva como consecuencia problemas físicos o del funcionamiento psicosocial del individuo. Las actuales clasificaciones de los TCA incluyen la AN, la BN y otras alteraciones menos específicas denominadas TCANE.

Las primeras descripciones de la AN datan del siglo XVII, cuando Morton estableció que el origen de este trastorno, a diferencia de otros estados de malnutrición, era una perturbación del sistema nervioso acompañada de tristeza y preocupaciones. En el siglo XIX se describe como cuadro psicopatológico individual similar al observado en la actualidad, aunque se pensaba que era una enfermedad del ánimo. La historia de la BN es mucho más reciente, aumentando considerablemente el número de personas afectadas en los últimos años. Entre las razones, posiblemente su evolución menos dramática y la facilidad de las personas afectadas para pasar desapercibidas.

La AN es un TCA que se manifiesta como un deseo irrefrenable de estar delgado, acompañado de la práctica voluntaria de procedimientos para conseguirlo: dieta restrictiva estricta y conductas purgativas (vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, uso de diuréticos, etc.). A pesar de la pérdida de peso progresiva, las personas afectadas presentan un intenso temor a llegar a ser obesas. Presentan una distorsión de la imagen corporal, con preocupación extrema por la dieta, figura y peso, y persisten en conductas de evitación hacia la comida con acciones compensatorias para contrarrestar lo que ingieren (hiperactividad física desmesurada, conductas de purga, etc.). No suelen tener conciencia de enfermedad ni del riesgo que corren por su conducta. Su atención está centrada en la pérdida ponderal, lo que les causa estados nutricionales

carenciales que pueden comportar riesgos vitales. Generalmente, hay rasgos de personalidad previos con tendencia al conformismo, necesidad de aprobación, hiperresponsabilidad, perfeccionismo y falta de respuesta a las necesidades internas.

La BN es un TCA que se caracteriza por episodios de atracones (ingesta voraz e incontrolada), en los cuales se ingiere una gran cantidad de alimento en poco espacio de tiempo y generalmente en secreto. Las personas afectadas intentan compensar los efectos de la sobreingesta mediante vómitos autoinducidos y/o otras maniobras de purga (abuso de laxantes, uso de diuréticos, etc.) e hiperactividad física. Muestran preocupación enfermiza por el peso y figura. En la BN no se producen necesariamente alteraciones en el peso, se puede presentar peso normal, bajo o sobrepeso.

La BN suele ser un trastorno oculto, ya que fácilmente pasa desapercibido, y se vive con sentimientos de vergüenza y culpa. La persona afectada suele pedir ayuda cuando el problema ya está avanzado.

Los TCANE son habitualmente cuadros de AN o BN incompletos, ya sea por su inicio o porque están en vías de resolución. Por lo tanto, en ellos veremos síntomas similares a la AN o a la BN pero sin llegar a

configurar un cuadro completo, aunque no por ello menos grave. En los TCANE también se incluyen trastornos tales como el empleo habitual de conductas compensatorias inapropiadas (después de ingerir pequeñas cantidades de alimento, masticarlas y expulsar la comida) y episodios compulsivos de ingesta de forma recurrente pero sin conductas compensatorias. El TA es una entidad en fase de estudio para poder determinar si nos hallamos ante un trastorno diferente al resto de TCANE o simplemente ante una forma leve de BN. La diferencia principal con la BN es la ausencia de mecanismos compensatorios de los atracones, por lo que con el tiempo el paciente se encamina inexorablemente hacia un problema de sobrepeso u obesidad.

Definición y clasificación

Anorexia Nerviosa (AN)

En relación a la epidemiología de esta patología, Walsh (2008) señala que la prevalencia en mujeres de cualquier edad es aproximadamente de 1%. La misma es menos frecuente en varones y más frecuente en aquellas culturas en donde abundan los alimentos y la esbeltez se considera atractiva. Dentro de los grupos ocupacionales con mayor riesgo, señala el autor, se encuentran aquellos en los que se concede especial importancia a la esbeltez, como los profesionales del ballet y el

modelaje. Asimismo, se presume que la incidencia de AN ha aumentado en los últimos años.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV) (1994) refiere como características esenciales de la anorexia nerviosa consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Además, las mujeres afectas de este trastorno, aunque hayan pasado la menarquia, sufren amenorrea. El término anorexia es equívoco, porque es rara la pérdida de apetito.

Criterios Diagnósticos de la AN

El peso corporal como indicador de AN.

La persona con este trastorno mantiene un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y su talla. Si la anorexia nerviosa se inicia en la niñez o en las primeras etapas de la adolescencia, en lugar de pérdida puede haber falta de aumento de peso, mientras que el sujeto crece en altura. Esto significa que el peso de la persona es inferior al 85 % del peso considerado normal para su edad y su talla.

La disminución de la ingesta total es la estrategia más usada para conseguir la pérdida de peso. A pesar de que los individuos empiezan por excluir de su dieta todos los alimentos con alto contenido calórico, la mayoría de ellos acaban con una dieta muy restringida, limitada a unos pocos alimentos. También pueden recurrir a otras tácticas poco saludables para perder peso como la utilización de purgas (p. ej., vómitos provocados y uso inadecuado de laxantes y diuréticos) o el ejercicio excesivo.

Temor a ganar peso.

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV) (ob. cit.), las personas con este trastorno tienen un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obesas. Este miedo generalmente no desaparece aunque el individuo pierda peso y, de hecho, va aumentando aunque el peso vaya disminuyendo.

Imagen corporal alterada.

Existe una alteración de la percepción del peso y de la silueta corporal. Algunas personas se encuentran «obesas», mientras que otras se dan cuenta de que están delgadas, pero continúan estando preocupadas porque algunas partes de su cuerpo (especialmente el abdomen, las nalgas y los muslos) les parecen demasiado gordos.

Pueden emplear una amplia variedad de técnicas para estimar el tamaño y el peso de su cuerpo, como son el pesarse constantemente en una báscula, la medida de las diferentes partes del cuerpo de manera obsesiva o el mirarse repetidamente al espejo para observar las zonas consideradas «obesas». El nivel de autoestima de las personas que sufren este trastorno depende en gran medida de la forma y el peso del cuerpo. Consideran un logro perder peso y un signo de extraordinaria autodisciplina; en cambio, ven el aumento de peso como un fracaso inaceptable de su autocontrol. Algunas personas son conscientes de su delgadez, pero niegan que ésta pueda tener implicaciones clínicas graves.

Ausencia de menstruación.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV) (1994) también hace mención a este criterio diagnóstico, que se da en pacientes con anorexia nerviosa debido a niveles anormalmente bajos de estrógenos, dada disminución de la secreción hipofisaria de las hormonas foliculostimulantes [FSH] y luteinizante [LH].

En una minoría de casos, la amenorrea precede a la pérdida de peso, al contrario, generalmente es consecuencia de la misma. Incluso en niñas

prepuberales la anorexia nerviosa puede retrasar la aparición de la menarquía.

Muy a menudo los familiares de la paciente la llevan al médico cuando se dan cuenta de su acentuada pérdida de peso (o cuando observan que no gana peso). Si la paciente decide buscar ayuda médica, es debido al malestar somático y psicológico que le ocasiona el comer tan poco. Es raro que una mujer con anorexia nerviosa se queje de pérdida de peso per se.

Normalmente, las personas con este trastorno tienen escasa conciencia de su alteración, la niegan y pueden explicar historias poco creíbles. Por esta razón es necesario obtener información de los padres o de otras fuentes con el fin de evaluar el grado de pérdida de peso y otras características de la enfermedad.

Subtipos

Para especificar la presencia o la ausencia de atracones o purgas durante los episodios de anorexia nerviosa, se puede recurrir a la siguiente clasificación (Peat, Mitchell, Hoek y Wonderlich, 2009) :

- a) Anorexia restrictiva. Este subtipo describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. Durante los episodios de anorexia nerviosa, estos individuos no recurren a atracones ni a purgas.

- b) Anorexia compulsiva/purgativa. Este subtipo aplica cuando el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos). La mayoría de los individuos que pasan por los episodios de atracones también recurren a purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de una manera excesiva. Existen algunos casos incluidos en este subtipo que no presentan atracones, pero que suelen recurrir a purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida. Parece ser que la mayoría de las personas pertenecientes a este subtipo recurren a conductas de esta clase al menos semanalmente, pero no hay suficiente información para poder determinar una frecuencia mínima.

Características psicopatológicas asociadas

Depresión

Cuando los individuos con este trastorno sufren una considerable pérdida de peso, pueden presentar síntomas del tipo de estado de ánimo deprimido, retraimiento social, irritabilidad, insomnio y pérdida de interés por el sexo. Estas personas pueden presentar cuadros clínicos que cumplen los criterios para el trastorno depresivo mayor.

Como estas características se observan también en las personas sin anorexia nerviosa que pasan hambre, muchos de los síntomas depresivos pudieran ser secundarios a las secuelas fisiológicas de la semiinanición. Por eso es necesario reevaluar los síntomas propios de los trastornos del estado de ánimo una vez que la persona haya recuperado peso (parcial o totalmente).

De acuerdo con Bossert, Schmölz, Wiegand, Junker, y Krieg (1992) el efecto negativo de la depresión sigue siendo un área importante de preocupación en los trastornos de la alimentación, ya que esta puede interferir con el tratamiento.

Trastorno obsesivo-compulsivo

Se han observado en estos enfermos características propias del trastorno obsesivo-compulsivo, ya sea en relación con la comida o no. La mayoría de las personas con anorexia nerviosa están ocupadas en pensamientos relacionados con la comida, y algunas coleccionan recetas

de cocina o almacenan alimentos. La observación de las conductas asociadas a otras formas de inanición sugiere que las obsesiones y las compulsiones relacionadas con la comida pueden producirse o exacerbarse por la desnutrición.

Cuando los individuos con anorexia nerviosa presentan obsesiones y compulsiones no relacionadas con la comida, la silueta corporal o el peso, se realizará el diagnóstico adicional de trastorno obsesivo-compulsivo. Existen asimismo características que a veces pueden asociarse a la anorexia nerviosa, como son la preocupación por comer en público, el sentimiento de incompetencia, una gran necesidad de controlar el entorno, pensamiento inflexible, poca espontaneidad social y restricción de la expresividad emocional y de la iniciativa.

Otras características psicológicas

En comparación con los individuos con anorexia nerviosa de tipo restrictivo, los del tipo compulsivo/purgativo tienen más probabilidades de presentar problemas de control de los impulsos, de abusar del alcohol o de otras drogas, de manifestar más labilidad emocional y de ser activos sexualmente.

Diagnóstico diferencial

Es necesario considerar otras causas posibles de pérdida de peso, sobre todo si hay características atípicas, como el inicio de la enfermedad después de los 40 años.

En las enfermedades médicas (p. ej., enfermedad digestiva, tumores cerebrales, neoplasias ocultas y síndrome de inmunodeficiencia adquirida) puede producirse una pérdida de peso importante, pero las personas con estos trastornos generalmente no tienen una imagen distorsionada del cuerpo ni un deseo de adelgazar más.

El síndrome de la arteria mesentérica superior, caracterizado por vómitos postprandiales secundarios a obstrucción intermitente del vaciamiento gástrico, debe diferenciarse de la anorexia nerviosa, aunque este síndrome aparece algunas veces en individuos que presentan aquella debido a su emaciación. En el trastorno depresivo mayor puede haber una pérdida de peso importante, pero la mayoría de los individuos con este trastorno no tienen deseo de adelgazar ni miedo a ganar peso.

En la esquizofrenia se observan patrones de alimentación bastante raros. Los enfermos adelgazan en ocasiones de forma significativa, pero rara vez temen ganar peso ni presentan alteración de la imagen corporal, necesarias para establecer el diagnóstico de anorexia nerviosa.

Algunas características de la anorexia nerviosa forman parte de los criterios para la fobia social, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno dismórfico. Los enfermos se sienten humillados y molestos al comer en público, al igual que en la fobia social. Pueden presentar obsesiones y compulsiones en relación con los alimentos, al igual que en el trastorno obsesivo-compulsivo o pueden estar muy preocupados por un defecto corporal imaginario, como en el trastorno dismórfico.

Cuando el individuo con anorexia nerviosa tiene miedos sociales limitados a la conducta alimentaria, no debe establecerse el diagnóstico de fobia social pero, si existen fobias sociales no relacionadas con la conducta alimentaria (p. ej., miedo excesivo a hablar en público), es necesario realizar el diagnóstico adicional de fobia social. De manera similar, debe efectuarse el diagnóstico adicional de trastorno obsesivo-compulsivo si el enfermo presenta obsesiones y compulsiones no relacionadas con el alimento, por ejemplo, miedo excesivo a contaminarse, y el de trastorno dismórfico sólo si la alteración no está relacionada con la silueta y el tamaño corporales, por ejemplo, la preocupación por tener una nariz demasiado grande.

En la bulimia nerviosa, los individuos presentan atracones recurrentes y conductas encaminadas a no ganar peso, y se encuentran

excesivamente preocupados por la silueta y el peso corporales. Sin embargo, a diferencia de los enfermos con anorexia nerviosa del tipo compulsivo/purgativo, las personas con bulimia nerviosa son capaces de mantener el peso igual o por encima de un nivel normal mínimo.

Bulimia Nerviosa (BN)

Características diagnósticas

El Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV) (1994) refiere que las características esenciales de la bulimia nerviosa consisten en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Además, la autoevaluación de los individuos con esta enfermedad se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporales.

Los atracones

Se define atracón como el consumo a lo largo de un período corto de tiempo de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comerían. De acuerdo con Wilson, T. y Sysko (2009), el clínico debe tener en cuenta el contexto en que se produce el atracón — lo que se calificaría como consumo excesivo en una comida habitual puede considerarse normal si se produce en una celebración o en un

aniversario—. Un «período corto de tiempo» significa aquí un período de tiempo limitado, generalmente inferior a 2 horas. Los atracones no tienen por qué producirse en un solo lugar; por ejemplo, un individuo puede empezar en un restaurante y continuar después en su casa.

No se considera atracón el ir «picando» pequeñas cantidades de comida a lo largo del día.

A pesar de que el tipo de comida que se consume en los atracones puede ser variada, generalmente se trata de dulces y alimentos de alto contenido calórico (como helados o pasteles). Sin embargo, los atracones se caracterizan más por una cantidad anormal de comida ingerida que por un ansia de comer un alimento determinado, como los hidratos de carbono. Los individuos con bulimia nerviosa ingieren más calorías en un atracón que los individuos sin bulimia nerviosa en una comida, pero la proporción de calorías derivadas de proteínas, ácidos grasos e hidratos de carbono es similar.

Los individuos con este trastorno se sienten generalmente muy avergonzados de su conducta e intentan ocultar los síntomas. Los atracones se realizan por lo normal a escondidas o lo más disimuladamente posible. Los episodios pueden o no haberse planeado

con anterioridad y se caracterizan casi siempre por una rápida ingesta del alimento.

Los atracones pueden durar hasta que el individuo ya no pueda más, incluso hasta que llegue a sentir dolor por la plenitud. Los estados de ánimo disfóricos, las situaciones interpersonales estresantes, el hambre intensa secundaria a una dieta severa o los sentimientos relacionados con el peso, la silueta y los alimentos pueden desencadenar este tipo de conducta. Los atracones pueden reducir la disforia de manera transitoria, pero a continuación suelen provocar sentimientos de autodesprecio y estado de ánimo depresivo.

Los atracones se acompañan también de sensación de falta de control. El individuo puede estar en un estado de excitación cuando se atraca de comida, especialmente en el inicio de la enfermedad. Algunos enfermos describen síntomas de naturaleza disociativa durante o después de los atracones.

A medida que la enfermedad progresa, los atracones ya no se caracterizan por una sensación aguda de pérdida de control, sino por conductas de alteración del control, como es la dificultad para evitar los atracones o la dificultad para acabarlos. La alteración del control asociada a los atracones no es absoluta; por ejemplo, un individuo puede

continuar comiendo aunque suene el teléfono, pero parar inmediatamente si alguien entra en la habitación.

Para poder realizar el diagnóstico de BN, los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas deben producirse al menos un promedio de dos veces a la semana durante un período de 3 meses.

Conducta compensatoria inadecuada

Otra característica esencial de este trastorno la constituyen las conductas compensatorias inapropiadas para evitar la ganancia de peso. Muchos individuos usan diversos métodos para intentar compensar los atracones; el más habitual es la provocación del vómito. Este método de purga lo emplean el 80-90% de los sujetos que acuden a los centros clínicos para recibir tratamiento.

Los efectos inmediatos de vomitar consisten en la desaparición del malestar físico y la disminución del miedo a ganar peso. En algunos casos el vómito se convierte en un objetivo, y el enfermo realizará atracones con el fin de vomitar o vomitará después de ingerir pequeñas cantidades de comida. Estas personas pueden emplear una gran variedad de técnicas para provocar el vómito, con los dedos o con diversos instrumentos. Los enfermos acaban generalmente por tener la necesidad de provocarse el vómito y eventualmente pueden vomitar a

voluntad; raras veces toman jarabe de ipecacuana. Otras conductas de purga son el uso excesivo de laxantes y diuréticos. Aproximadamente un tercio de las personas con este trastorno toman laxantes después de los atracones.

Muy de vez en cuando los enfermos emplean enemas, que raramente constituyen el único método compensatorio utilizado.

Los individuos con este trastorno pueden estar sin comer uno o más días, o realizar ejercicio físico intenso, en un intento por compensar el alimento ingerido durante los atracones. Se puede considerar excesivo el ejercicio que interfiere de manera significativa las actividades importantes, cuando se produce a horas poco habituales, en lugares poco apropiados, o cuando el individuo continúa realizándolo a pesar de estar lesionado o presentar alguna enfermedad.

Excepcionalmente, los individuos con este trastorno toman hormonas tiroideas con el fin de no ganar peso. Los sujetos con diabetes mellitus y bulimia nerviosa pueden suprimir o disminuir la dosis de insulina para reducir el metabolismo de los alimentos ingeridos durante los atracones.

Énfasis en el peso y la imagen corporal

Las personas con bulimia nerviosa ponen demasiado énfasis en el peso y la silueta corporales al autovalorarse, y estos factores son los más importantes a la hora de determinar su autoestima. Estos sujetos se parecen a los que padecen anorexia nerviosa por el miedo a ganar peso, el deseo de adelgazar y el nivel de insatisfacción respecto a su cuerpo. Sin embargo, no debe realizarse el diagnóstico de bulimia nerviosa si la alteración aparece exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Subtipos

Se pueden emplear los siguientes subtipos para determinar la presencia o ausencia del uso regular de métodos de purga con el fin de compensar la ingestión de alimento durante los atracones:

- a) Tipo purgativo. Este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo se ha provocado el vómito y ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio.
- b) Tipo no purgativo. Este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo ha empleado otras técnicas compensatorias inapropiadas, como ayunar o practicar ejercicio intenso, pero no

se ha provocado el vómito ni ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos o enemas durante el episodio.

Características psicopatológicas asociadas a la bulimia

Depresión

De acuerdo con Cooper y Fairburn (1986) la depresión generalmente es consecuencia de la patología. Sin embargo, la comorbilidad es tan estrecha y frecuente que durante la década de los 80s algunos investigadores consideraban a la bulimia como un subtipo de depresión.

La frecuencia de síntomas depresivos en las personas con bulimia nerviosa es alta (p. ej., baja autoestima), al igual que los trastornos del estado de ánimo, especialmente el trastorno distímico y el trastorno depresivo mayor. En muchos individuos la alteración del estado se inicia al mismo tiempo que la bulimia nerviosa o durante su curso y los sujetos manifiestan a menudo que el trastorno del estado de ánimo es debido a la bulimia nerviosa. Sin embargo, en ocasiones el trastorno del estado de ánimo precede a la bulimia nerviosa.

Ansiedad

Hay asimismo una incidencia elevada de síntomas de ansiedad (p. ej., miedo a las situaciones sociales) o de trastornos de ansiedad. Todos estos síntomas de ansiedad y depresión desaparecen cuando se trata la bulimia nerviosa.

Otras alteraciones psicológicas

Se ha observado dependencia y abuso de sustancias, alcohol y estimulantes, en aproximadamente un tercio de los sujetos. El consumo de sustancias estimulantes suele empezar en un intento por controlar el apetito y el peso. Probablemente entre un tercio y la mitad de los individuos con bulimia nerviosa tienen rasgos de la personalidad que cumplen los criterios diagnósticos para uno o más trastornos de la personalidad, la mayoría de las veces trastorno límite de la personalidad.

Datos preliminares sugieren que en casos del tipo purgativo hay más síntomas depresivos y una mayor preocupación por el peso y la silueta corporal que en los casos del tipo no purgativo.

Diagnóstico diferencial

A los individuos con atracones que aparecen exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa se les diagnostica anorexia nerviosa,

tipo compulsivo/purgativo, y no debe establecerse el diagnóstico adicional de bulimia nerviosa. El juicio clínico decidirá si el diagnóstico más correcto para una persona con episodios de atracones y purgas posteriores, que no cumplen los criterios para anorexia nerviosa, tipo compulsivo/purgativo (p. ej., cuando el peso es normal o las menstruaciones son regulares), es anorexia nerviosa, tipo compulsivo/purgativo en remisión parcial o bulimia nerviosa.

En algunas enfermedades neurológicas y médicas (como el síndrome de Kleine-Levin) se ha observado una conducta alimentaria alterada, pero no una preocupación excesiva por el peso y la silueta corporales (rasgo psicológico característico de la bulimia nerviosa).

El comer en exceso es frecuente en el trastorno depresivo mayor, con síntomas atípicos, pero estos sujetos no recurren a medidas compensatorias ni muestran preocupación excesiva por el peso y la silueta corporales. Si se cumplen los criterios para ambos trastornos, deben establecerse los dos diagnósticos.

Los atracones están incluidos entre las conductas impulsivas que forman parte de la definición del trastorno límite de la personalidad, de modo que si se cumplen los criterios para ambos trastornos, también se establecerán los dos diagnósticos.

Trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE)

La categoría trastorno de la conducta alimentaria no especificada se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica.

Algunos ejemplos son:

1. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.
2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.
4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p. ej., provocación del vómito después de haber comido dos galletas).
5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.

6. Trastorno por atracón: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.

Tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

En la figura 1, se resume los pasos a seguir para facilitar la toma de decisiones en el tratamiento de estas patologías.

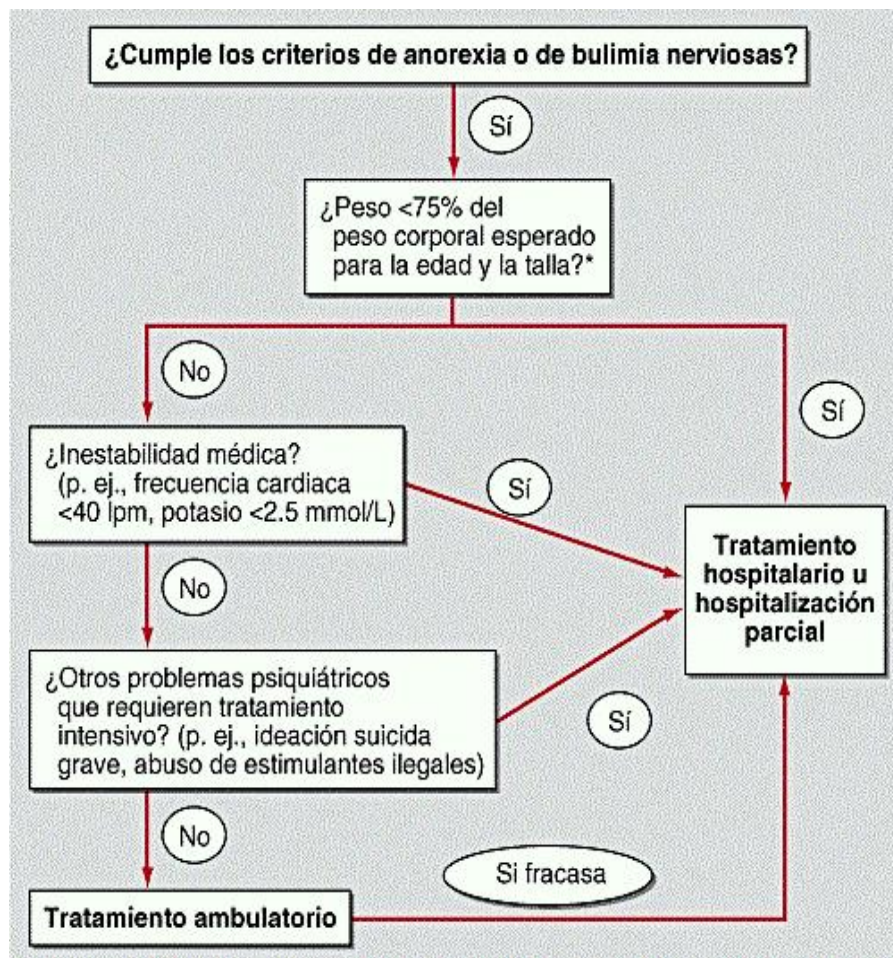


Figura 1. Algoritmo de tratamiento para trastornos de la conducta alimentaria. Tomado de: HARRISON Principios de Medicina Interna. 17ª. Edición.

Hipótesis de la Investigación

De acuerdo a la revisión teórica realizada para fundamentar la presente investigación, se plantean las siguientes hipótesis:

1. La prevalencia de malestar psicológico se relaciona significativamente con el año académico.
2. El riesgo de trastornos de la conducta alimentaria se relaciona significativamente con el año académico.
3. Los síntomas de malestar psicológico *ansiedad* y *depresión* se relacionan significativamente con riesgo de trastorno de la conducta alimentaria.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

*Cuando bailas,
tu objetivo no es ir
a un lugar determinado de la pista.
Es disfrutar de cada paso
en el camino.*

Wayne Dyer

Tipo de Investigación

De acuerdo con las características y objetivos planteados en este estudio sobre la prevalencia de malestar psicológico y su relación con el riesgo de trastornos del comportamiento alimentario (TCA), en los estudiantes de Nutrición y Dietética de la Universidad de los Andes, Venezuela, se ubicó la presente investigación entre los parámetros establecidos para una investigación de campo con carácter descriptivo. Al respecto la Universidad Pedagógica Experimental Libertador en su Manual de Trabajos de Grado, de Especialización y Maestría y Tesis Doctorales (2003), define investigación de campo como:

(...) el análisis sistemático de problemas en la realidad, con el propósito bien sea de describirlos, interpretarlos, entender su naturaleza y factores constituyentes, explicar sus causas y efectos, o predecir su ocurrencia, haciendo uso de métodos característicos de cualquiera de los paradigmas o enfoques de investigación conocidos o en desarrollo. (p.14)

La misma presenta carácter descriptivo y al respecto Hernández y otros (2003) afirman que los estudios descriptivos “pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a los que se refieren” (p.119). Asimismo, en

ellos se busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice.

Población y muestra

Población

Según Selltiz (citado en Hernández y otros, 2003) la población es definida como “el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones” (p.303). Para la presente investigación sobre la salud mental y su relación con el riesgo de trastornos del comportamiento alimentario (TCA), en los estudiantes de Nutrición y Dietética de la Universidad de los Andes, se contó con un universo poblacional de 326 estudiantes inscritos para la cohorte U-2011. La población para la presente investigación estuvo constituida por los estudiantes de todos los años (cuatro en total) de la carrera de Nutrición y Dietética de la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes, distribuidos según se muestra en la Tabla 1.

Muestra

Se entiende por muestra, según Hernández y otros (2003) al “subconjunto de elementos que pertenecen a ese conjunto definido en sus características al que se llama población” (p.235).

La muestra en esta investigación quedó conformada por los estudiantes que se encontraban en las aulas, que aceptaron participar en la investigación y que completaron satisfactoriamente los instrumentos para la recolección de información (n= 171; 52%). En la tabla 1 se observa, en detalle, la distribución de la misma.

Tabla 1.
Distribución de la población y muestra según año académico.
Estudiantes de Nutrición y Dietética. Universidad de Los Andes.
U-2011.

Año Académico	Población	Muestra
Primero	117	64
Segundo	94	40
Tercero	59	40
Cuarto	56	27
Total	326	171(52%)

Fuente: Sistema Integrado de Registros Estudiantiles de la Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes.

En cuanto a la distribución de la muestra de acuerdo al género, el 23% son varones y el 77% mujeres. La edad promedio de la muestra es de 20.79 años ($\pm 2,4$).

El estado nutricional de la muestra en estudio se determinó a través del Índice de Masa Corporal (IMC) y se clasificó según lo establecido por

la Organización Mundial de la Salud. En este sentido, se encontró que el 70% de los estudiantes de Nutrición y Dietética tienen un estado nutricional normal, 19 % sobrepeso u obesidad y 8% presentan desnutrición leve. El 3% no accedió a la evaluación antropométrica. Es importante señalar que no se halló correlación del estado nutricional con ninguna de las variables estudiadas. Ninguno de los estudiantes con IMC $\leq 18,5$ se ubicó dentro del grupo de alto riesgo de TCA.

Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

En esta investigación se consideró adecuada para la recolección de los datos, la técnica del cuestionario autoadministrado, la cual permitió recolectar la información a través de la opinión que manifestaron los sujetos estudiados al contestar los instrumentos de manera voluntaria, previo consentimiento informado.

Descripción de los instrumentos aplicados

Declaración de Consentimiento informado

Cumpliendo con las normas éticas para las investigaciones en seres humanos de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial se redactó la Declaración de Consentimiento Informado (Anexo A). La

misma fue leída y firmada por los estudiantes que accedieron a participar en la investigación. A través de este documento, los participantes declararon haber sido informados sobre la investigación, sus objetivos y los beneficios o no de participar en la misma y dieron su consentimiento de participar de manera voluntaria. (Anexo A)

Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28)

El instrumento que se aplicó para la determinación de la prevalencia de malestar psicológico, fue el Cuestionario de Salud General autoadministrado (GHQ) en su modalidad de 28 preguntas (Goldberg y Hillier, 1979), adaptado y validado por Lobo, Pérez-Echeverría y Artal (1986). Este instrumento es utilizado para detectar desórdenes psiquiátricos en la población general y en comunidades o entornos clínicos no psiquiátricos tales como la atención primaria. Evalúa el estado actual preguntando si difiere de su estado habitual. (Anexo B)

Este cuestionario consta de 28 ítems y tiene por objetivo detectar morbilidad psiquiátrica, y resulta ser un buen indicador de salud mental. Evalúa cuatro factores: somatización, ansiedad, disfunción social y depresión. Asimismo, estos últimos autores confirmaron la validez de la versión española del cuestionario en su versión de 28 ítems, en una muestra de 100 pacientes atendidos en una clínica de medicina interna

para pacientes ambulatorios. La consistencia interna utilizando el coeficiente Alpha de Cronbach en diferentes muestras de estudiantes universitarios venezolanos osciló entre 0.73 y 0.94 (Araújo y Moreno, 2006; Guarino y col., 2000; Núñez y Socorro, 2005).

Para su interpretación se utilizó la puntuación “**GHQ**”, la cual consiste en determinar el número de síntomas presentes y de reciente desarrollo y asigna valores a las respuestas de 0, 0, 1, 1; con punto de corte 5/6 para caso/no caso. (Goldberg, D. y Williams, P., 1996).

Asimismo, se interpretaron cada uno de los cuatro factores para los diferentes años académicos.

Cuestionario de apoyo psicológico

Este cuestionario fue tomado del apartado *ayuda psicológica* del Goldberg Plus, desarrollado por Pastor (2000) y utilizado en la Universidad Autónoma de Madrid. A través de este sencillo cuestionario se explora la necesidad subjetiva, la utilización y las razones de ayuda psicoterapéutica, en diferentes momentos de su vida universitaria. En este estudio se tomó en cuenta solo las preguntas 3 y 4, que se refieren al momento presente. (Anexo C)

Cuestionario de Actitudes hacia la Alimentación (Eating Attitudes Test-EAT)

De acuerdo con Anderson (2004), cuando se hace un tamizado de la presencia de trastornos de la alimentación, no es necesario determinar un diagnóstico exacto u obtener los patrones detallados de síntomas problemáticos. Más bien, el propósito del tamizado es identificar los individuos que son propensos a tener niveles importantes de patología alimentaria y la necesidad de una evaluación adicional posterior.

En este mismo sentido, Pérez, Cruz y Morán (2004) afirma cuando el objetivo de un estudio es diferenciar a los individuos que presentan síntomas de algún TCA de aquellos que no presentan ningún síntoma, puede ser apropiado el uso del Eating Disorder Inventory (EDI), el Eating Attitudes Test (EAT) o el Eating Disorder Examination-self-report questionnaire (EDE-Q), los cuales son cuestionarios autoaplicados.

En la presente investigación se utilizó el cuestionario de actitudes hacia la alimentación (Eating Attitudes Test-EAT), el cual fue diseñado por Garner y Garfinkel (1979). La versión original contiene 40 reactivos (EAT-40), agrupados en siete factores: conductas bulímicas, imagen corporal con tendencia a la delgadez, uso o abuso de laxantes, presencia

de vómitos, restricción alimentaria, comer a escondidas y presión social percibida al aumentar de peso.

Posteriormente, Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel (1982) diseñaron una versión corta con 26 reactivos (EAT-26), en el que se eliminaron 14 reactivos, ya que se consideró que eran redundantes y no aumentaban la capacidad predictiva del instrumento.

El EAT-26 posee similares valores psicométricos que la versión de 40 ítems y sus puntuaciones tienen una alta correlación entre sí ($r=0.98$). Los tres factores derivados de esta versión son: I: restricción alimentaria, II: bulimia y preocupación por la alimentación y III: control oral. (ob.cit)

El factor “restricción alimentaria”, se refiere a las conductas de evitación de alimentos que engordan y preocupación por ser más delgado(a), esta conformados por los ítems 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24 y 25. El factor “bulimia y preocupación por la alimentación”, se refiere a pensamientos relacionados con los alimentos y comportamientos propios de la bulimia como atracones seguidos de conductas compensatorias, está conformado por los ítems 3, 4, 9, 18, 21 y 26. Finalmente, el factor “control oral” se refiere al auto control acerca de la ingesta y la percepción de presión por parte otras personas para aumentar de peso 2, 5, 8, 13, 15, 19 y 20. (ob.cit)

En la presente investigación se ha realizado la traducción y retro traducción del original en inglés (un especialista en enseñanza del inglés como idioma extranjero y un especialista en enseñanza del español como idioma extranjero) y luego se analizó la nueva versión a través de juicio de expertos (un especialista en lingüística, un especialista en bioestadística y un especialista en Nutrición y Dietética) para garantizar su adecuación en el contexto venezolano. (Anexo D)

Confiabilidad

Los datos referentes a la confiabilidad o consistencia interna del Eating Attitudes Test-EAT26 o Cuestionario de Actitudes hacia la Alimentación-CAA, se estimaron sobre la base de una muestra de 270 estudiantes de la Universidad de Los Andes-Venezuela. El mismo se calculó a través del Alpha de Cronbach.

En la Tabla 2 se observa que el instrumento presenta una consistencia óptima para el total de la escala ($\alpha=0,708$). Igualmente las subescalas muestran índices de consistencia fuertes, por lo que se concluye que la presente adaptación es confiable.

Tabla 2.
Índice de Consistencia Interna para el Cuestionario de Actitudes
hacia la Alimentación.

Sub-escalas		Nº de ítems	Alpha de Cronbach
I.	Dieta	13	0,740
II.	Bulimia	6	0,668
III.	Control oral	7	0,687
Escala Total		26	0,708

Procedimiento

1. Solicitud de Aval ante el Consejo de Escuela de Nutrición y Dietética para la realización de la investigación.
2. Acuerdo con algunos profesores para la aplicación de los instrumentos en durante su clase.
3. Aplicación de instrumentos durante la semana 5 luego de inicio de clases del periodo U-2011.

Análisis estadístico

Los datos se incorporaron a una base de datos específicamente diseñada para tal fin y fueron analizados con el programa informático de análisis estadístico SPSS, versión 20.0.

Estadística Descriptiva

Las variables cuantitativas se resumieron mediante el cálculo de frecuencias y porcentajes. Igualmente se realizó el cálculo de medidas de tendencia central tales como media y moda, y para las medidas de dispersión se utilizó la desviación estándar. La representación grafica utilizada fue el diagrama de barras para las variables cualitativas y cuantitativas.

Inferencia Estadística

Para comparar las variables de estudio entre los diferentes años académicos se aplicó la prueba de chi cuadrado y en algunos casos particulares la prueba de Pearson. En el supuesto de distribuciones normales se utilizaron las pruebas t de Student. Para el cálculo de los distintos estadísticos se utilizó el programa SPSS, versión 20 (SPSS Inc).

CAPITULO IV

RESULTADOS

*“La mente del hombre,
ampliada por una nueva idea,
nunca vuelve a sus dimensiones originales”*

Oliver Wendell Holmes

Síntomas de malestar psicológico y necesidad de ayuda psicológica

Los resultados obtenidos para determinar la prevalencia de síntomas de malestar psicológico en los estudiantes de Nutrición y Dietética de la Universidad de los Andes, se han conseguido a través de la aplicación del Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28). Igualmente se valoró la necesidad de ayuda psicológica para complementar los resultados relacionados con esta variable.

Tabla 3.
Distribución de los casos de malestar psicológico, según género y año académico de los estudiantes de Nutrición y Dietética. U-2011.

Año Académico		1°	2°	3°	4°	Total
Malestar psicológico	Género	(n=64)	(n=40)	(n=40)	(n=27)	(n=171)
	M	1	2	1	1	5
	f	8	3	12	5	28
	n(%)	9(14,9)	5(12,5)	13(32,5)	6(22,2)	33(19,3)
no caso	m	10	11	5	9	35
	f	45	24	22	12	103
	n(%)	55(85,9)	35(87,5)	27(67,5)	21(77,8)	138(80,7)

m=masculino; f=femenino. *p< 0.05. Prueba chi-cuadrado

En la Tabla 3 se observan los resultados del GHQ-28, donde un 19% resultaron ser caso de malestar psicológico, con una mayor prevalencia

en el tercer año (32,5%). A través de la prueba Chi Cuadrado se pudo demostrar que las variables *malestar psicológico* y *año académico* son independientes ($p=0,74$). Igualmente se observan un mayor número de casos de sexo femenino que de masculino, sin embargo, no existe relación estadísticamente significativa ya que la prueba Chi Cuadrado arrojó un valor de $p=0,213$; es decir, el género y la prevalencia de malestar psicológico son independientes.

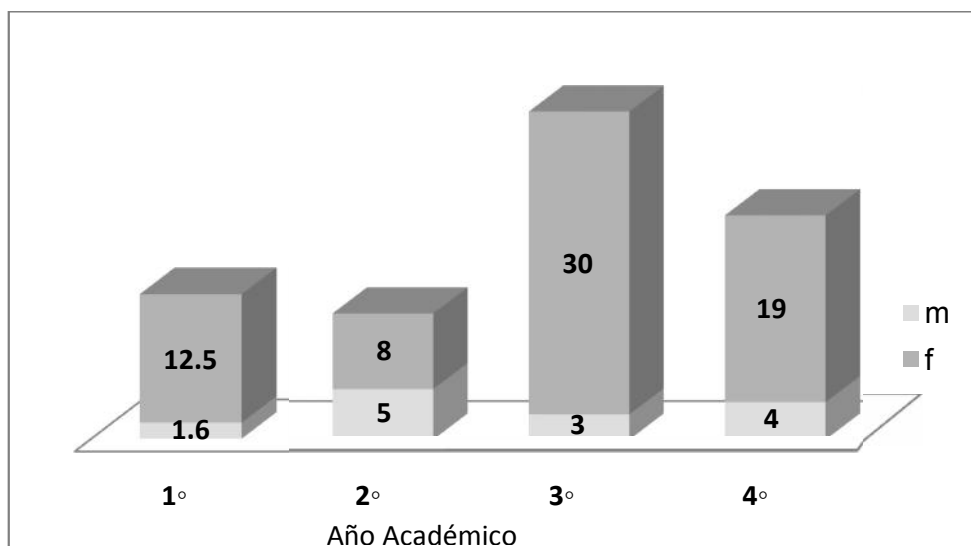


Gráfico 1. Distribución porcentual de los casos de malestar psicológico, según género y año académico.

En el gráfico 1 se observa el detalle de la distribución porcentual por género y año académico de los casos de malestar psicológico, donde se observa una mayor prevalencia de casos de malestar psicológico en el sexo femenino en todos los años académicos.

Tabla 4.
Media y desviación típica de las subescalas del GHQ-28, según año académico

Año Académico	1°	2°	3°	4°
	(n=64)	(n=40)	(n=40)	(n=27)
Subescalas GHQ-28	media±dt	media±dt	media±dt	media±dt
Somatización (A)	0,9 ± 1,6**	1,2 ± 1,4**	1,4 ± 1,9**	0,8 ± 1,3*
Ansiedad/insomnio (B)	0,86 ± 1,5**	0,8 ± 1,4**	2,0 ± 2,2**	1,9 ± 2,3**
Disfunción Social (C)	0,3 ± 0,9	0,4 ± 0,8*	0,8 ± 1,0**	0,3 ± 0,9
Depresión (D)	0,2 ± 0,5	0,2 ± 0,5	0,1 ± 0,4	0,04 ± 0,2
Total GHQ28	2,1 ± 3,7	2,5 ± 3,1	4,3 ± 4,3	3,0 ± 4,0

**p< 0,001; * p < 0,05 por t Student

En la Tabla 4 se observa que la media y la desviación típica del puntaje total del GHQ-28, es más alta en el tercer año ($4,3 \pm 4,3$). Al realizar la prueba t-Student, se hallan diferencias estadísticamente significativas entre las subescalas en cada uno de los años académicos, a saber: en el primer año predomina significativamente la subescala *somatización* ($0,9 \pm 1,6$) seguida de *ansiedad e insomnio* ($0,86 \pm 1,5$). En el segundo año, predomina igualmente la subescala *somatización* ($1,2 \pm 1,4$) seguida de *ansiedad e insomnio* ($0,8 \pm 1,4$) y de *disfunción social* ($0,4 \pm 0,8$). En el tercer año, el síntoma de malestar psicológico predominante es la

ansiedad e insomnio ($2,0 \pm 2,2$) seguido por la *somatización* ($1,4 \pm 1,9$) y la *disfunción social* ($0,8 \pm 1,0$). Igualmente en el cuarto año la subescala predominantes es *ansiedad e insomnio* ($1,9 \pm 2,3$), seguida de la *somatización* ($0,8 \pm 1,3$).

Tabla 5.
Media y desviación típica de las subescalas del GHQ-28 para los casos de malestar psicológico, según año académico.

Año Académico	1°	2°	3°	4°
	(n=9)	(n=5)	(n=13)	(n=6)
Subescalas GHQ-28	media±dt	media±dt	media±dt	media±dt
Somatización (A)	4,1 ± 1,4**	3,6 ± 0,5**	3,3 ± 2,2**	3,0 ± 1,1*
Ansiedad/insomnio (B)	3,9 ± 1,2**	3,4 ± 1,9*	4,6 ± 1,9**	5,2 ± 0,9**
Disfunción Social (C)	1,3 ± 2,0	1,6 ± 1,5	1,5 ± 1,1**	1,1 ± 1,6
Depresión (D)	0,4 ± 0,7	0,8 ± 0,8	0,2 ± 0,4	0,2 ± 0,4
Total GHQ28	9,8 ± 4,0	9,4 ± 2,2	9,5 ± 3,0	9,5 ± 1,87

**p< 0,001; * p < 0,05 por t Student

En la Tabla 5 muestra que la media y la desviación típica del puntaje total del GHQ-28 en los casos de malestar psicológico, es más alta en el primer año ($9,8 \pm 4,0$). Al realizar la prueba t-Student, se hallan diferencias estadísticamente significativas entre las subescalas en cada uno de los años académicos, a saber: en el primer año predomina

significativamente la subescala *somatización* ($4,1 \pm 1,4$) seguida de *ansiedad e insomnio* ($3,9 \pm 1,2$). En el segundo año, predomina igualmente la subescala *somatización* ($3,6 \pm 0,5$) seguida de *ansiedad e insomnio* ($3,4 \pm 1,9$). En el tercer año, el síntoma de malestar psicológico predominante es la *ansiedad e insomnio* ($4,6 \pm 1,9$) seguido por la *somatización* ($3,3 \pm 2,2$) y la *disfunción social* ($1,5 \pm 1,1$). Igualmente en el cuarto año la subescala predominantes es *ansiedad e insomnio* ($5,2 \pm 0,9$), seguida de la *somatización* ($3,0 \pm 1,1$).

Tabla 6.
Necesidad de ayuda psicoterapéutica y atención psicoterapéutica recibida, para los casos de malestar psicológico, según año académico.

Año Académico	1°	2°	3°	4°	Total
Necesidad objetiva	9	5	13	6	33
Necesidad subjetiva	1	3	4	1	9 (27,2%)
Recibe aten. psicoterap	1	-	-	-	1(3,0%)

En la tabla 6 se observa que, del total de casos de malestar psicológico (necesidad objetiva de ayuda psicoterapéutica), solo el 23 % manifiestan necesitar ayuda psicológica o psiquiátrica (necesidad subjetiva) y de estos 1 estudiante (3,44%) recibe actualmente atención especializada.

Riesgo de trastornos de la conducta alimentaria (TCA)

En relación a la prevalencia de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en los estudiantes de Nutrición y Dietética de la Universidad de los Andes (Objetivo 3) los datos fueron obtenidos a través del Cuestionario de Actitudes hacia la Alimentación (CAA).

Tabla 7.
Distribución de riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), según año académico.

Año Académico	Género	1° n(%)	2° n(%)	3° n(%)	4° n(%)	Total n(%)
Alto	m	0(0,0)	2(5,0)	0(0,0)	1(3,7)	3(1,8)
	f	2(3,1)	3(7,5)	2(5,0)	2(7,4)	9(5,3)
		2(3,1)	5(12,5)	2(5,0)	3(11,1)	12(7,1)
Bajo	m	11(17,2)	11(27,5)	6(80,0)	9(33,3)	37(21,6)
	f	51(79,7)	24(60,0)	32(95,0)	15(55,6)	122(71,3)
		62	35	38	24	159(93,0)

*p< 0.05. Prueba chi-cuadrado

A través del análisis descriptivo de la Tabla 7, encontramos que, del total de los estudiantes, el 7,1% presenta alto riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria. Esta situación se presenta con mayor frecuencia en el segundo año de la carrera con 12,5% del total de estudiantes encuestados en ese año académico, seguido del cuarto año con 11,1%. A través de la prueba Chi Cuadrado se pudo demostrar que

las variables *riesgo de TCA* y *año académico* son independientes ($p=0,234$).

Tabla 8.
Media y desviación típica de los valores del Cuestionario de Actitudes hacia la Alimentación y sus factores, según año académico.

Año Académico	1 °	2 °	3 °	4 °	Total
	(n=64)	(n=40)	(n=40)	(n=27)	(n= 171)
Factores	media±dt	media±dt	media±dt	media±dt	media±dt
I	2,5 ± 3,4	4,9 ± 6,5*	3,8 ± 4,8	5,0 ± 5,0*	3,7 ± 4,9
II	1,1 ± 1,4	1,3 ± 2,1	0,9 ± 1,3	0,4 ± 0,8	1,0 ± 1,5
III	2,4 ± 2,4	3,1 ± 3,2*	3,9 ± 2,7	1,7 ± 1,6	2,6 ± 2,6
TOTAL	6,0 ± 5,6	9,3 ± 9,7*	7,7 ± 6,4	7,0 ± 6,2	7,3 ± 7,0

I=Restricción alimentaria; II=Bulimia y preocupación por la alimentación; III=Control Oral.
* $p<0,05$ por t-student

Al aplicar la prueba t-Student a los factores del Cuestionario de Actitudes hacia la Alimentación de acuerdo al año académico (Tabla 8) se evidencia que los factores *restricción alimentaria* y *control oral* presentan diferencias estadísticamente significativos en el segundo año ($p<0,05$), mientras que en el tercer año se observa que solo el factor *restricción alimentaria* arroja un valor estadísticamente significativo ($p<0,05$).

Tabla 9.

Media y desviación típica de los valores del Cuestionario de Actitudes hacia la Alimentación y sus factores para los casos de riesgo alto de TCA, según año de estudio.

	1º	2º	3º	4º	Total
	n=2	n=5	n=2	n=3	N= 12
Factores	media±dt	media±dt	media±dt	media±dt	media±dt
I	13,5 ± 4,9	19,4 ± 4,2*	19,5 ± 4,9	15,3 ± 2,0*	17.4 ± 4.3
II	3,5 ± 0,7	3,6 ± 3,0	0,5 ± 0,7	0,3 ± 0,5	2.3 ± 2.5
III	10,0 ± 1,4	6,4 ± 5,0*	7,5 ± 3,5	4,3 ± 2,5	6.7 ± 3.9
TOTAL	27,0 ± 2,8	29,4 ± 11,6*	27,5 ± 9,1	20,0 ± 0,0	26.3 ± 8.6

*p< 0.05 prueba t-student

Al aplicar la t-Student a los factores del Cuestionario de Actitudes hacia la Alimentación en los individuos con riesgo alto de desarrollar TCA (tabla 9), se muestra que los factores *restricción alimentaria* y *control oral* son significativamente mayores en el segundo año (p<0,05), mientras que en el tercer año se observa que el factor *restricción alimentaria* arroja un valor significativamente mayor (p<0,05). El valor más alto para riesgo de TCA se muestra en el segundo año (29,4 ± 11,6)

Correlación entre las variables estudiadas.

La correlación entre las variables *síntomas de malestar psicológico* y *riesgo de trastornos de la conducta alimentaria* (Objetivo 4), se muestran a continuación:

Tabla 10.

Correlación entre los síntomas de malestar psicológico y el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes del primer año.

Síntomas Malestar psicológico	FACTORES CAA-26			TOTAL
	Restricción Alimentaria (F1)	Bulimia (F2)	Control oral (F3)	
Somatización	0,478**	0,474**	0,316*	0,545**
Ansiedad/insomnio	0,371**	0,362**	0,254*	0,425**
Disfunción social	0,023	0,117	0,078	0,076
Depresión	0,004	0,159	0,081	0,077
TOTAL GHQ	0,293*	0,331**	0,154**	0,327**

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$ correlación de Pearson

Al correlacionar los síntomas de malestar psicológico con los factores del cuestionario de actitudes hacia la alimentación-CCA en el primer año (Tabla 10), encontramos que el síntoma *somatización* se correlaciona positivamente con todos los factores del CCA y con el total; con valores de $\rho = 0,478$ para F1; $\rho = 0,474$ para F2; $\rho = 0,316$ para F3 y $\rho = 0,545$ para el total de la escala. Igualmente, el síntoma *ansiedad e insomnio* correlacionó positivamente con todos los factores del CCA y con el total con valores de $\rho = 0,371$ para F1; $\rho = 0,362$ para F2; $\rho = 0,254$ para F3 y $\rho = 0,425$ para el total de la escala. El total del GHQ-28 correlacionó positivamente con el total de la escala CCA-26 con $\rho = 0,327$ para este año académico.

Tabla 11.
Correlación de los síntomas de malestar psicológico con el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes del segundo año.

Síntomas Malestar psicológico	FACTORES CAA -26			TOTAL
	Restricción Alimentaria (F1)	Bulimia (F2)	Control oral (F3)	
Somatización	0,224	0,304	0,223	0,289
Ansiedad/insomnio	0,157	0,223	0,137	0,199
Disfunción social	0,550**	0,012	0,167	0,468**
Depresión	0,089	0,425**	0,207	0,220
TOTAL GHQ	0,328*	0,323*	0,239	0,368*

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$ correlación de Pearson

Al correlacionar los síntomas de malestar psicológico con los factores del cuestionario de actitudes hacia la alimentación-CCA en el segundo año (Tabla 11), encontramos que el síntoma *disfunción social* se correlaciona positivamente con el factor *restricción alimentaria* con un valor de $\rho=0,550$; y con el total de la escala con un valor de $\rho=0,468$. El síntoma *depresión* con el factor *bulimia*, con un valor de $\rho=0,425$. El total del GHQ-28 correlacionó positivamente con el total de la escala CCA-26 con $\rho=0,368$ para este año académico.

Tabla 12.
Correlación de los síntomas de malestar psicológico con el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes del tercer año.

Síntomas Malestar psicológico	FACTORES CAA -26			TOTAL
	Restricción Alimentaria (F1)	Bulimia (F2)	Control oral (F3)	
Somatización	0,109	0,213	0,233	0,223
Ansiedad/insomnio	0,086	0,220	0,271	0,223
Disfunción social	0,074	0,131	0,210	0,170
Depresión	0,227	-0,042	0,053	0,183
TOTAL GHQ	0,130	0,325	0,297	0,270

*p< 0.05; **p< 0.01 correlación de Pearson

Al correlacionar los síntomas de malestar psicológico con los factores del cuestionario de actitudes hacia la alimentación-CCA en el tercer año (Tabla 12), encontramos que ninguno de los síntomas de malestar psicológico se relaciona con los factores del cuestionario de actitudes hacia la alimentación. El total del GHQ-28 no correlacionó con el total de la escala CCA-26 para este año académico.

Tabla 13.
Correlación de los síntomas de malestar psicológico con el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes del cuarto año.

Síntomas Malestar psicológico	FACTORES CAA -26			TOTAL
	Restricción Alimentaria (F1)	Bulimia (F2)	Control oral (F3)	
Somatización	0,436*	0,076	0,121	0,402*
Ansiedad/insomnio	0,516**	0,212	0,150	0,494**
Disfunción social	0,087	0,635**	-0,195	0,106
Depresión	0,118	0,626**	-0,200	0,129
TOTAL GHQ	0,468*	0,317	0,074	0,468*

*p< 0.05; **p< 0.01 correlación de Pearson

Al correlacionar los síntomas de malestar psicológico con los factores del cuestionario de actitudes hacia la alimentación-CCA en el cuarto año (Tabla 13), encontramos que el síntoma *somatización* se correlaciona positivamente con el factor *restricción alimentaria* con un valor de $\rho=0,436$; y con el total de la escala con un valor de $\rho=0,402$. El síntoma *ansiedad e insomnio* correlaciona positivamente con el factor *restricción alimentaria*, con un valor de $\rho=0,516$ y con el total de la escala con un valor de $\rho=0,494$. El síntoma *disfunción social* correlaciona positivamente con el factor *bulimia*, con un valor de $\rho=0,635$ y el síntoma *depresión* correlaciona positivamente con el factor *restricción alimentaria*, con un valor de $\rho=0,468$ y con el total de la escala con un valor de $\rho=0,468$. El total del GHQ-28 correlacionó positivamente con el total de la escala CCA-26 con $\rho=0,468$ para este año académico.

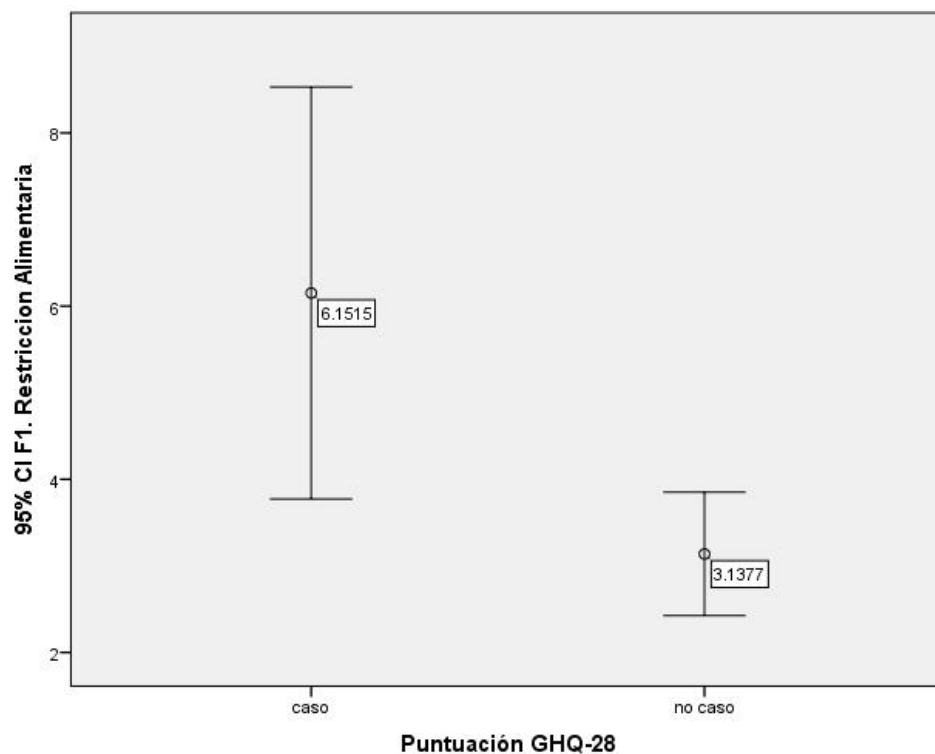


Gráfico 2. Correlación entre la prevalencia de malestar psicológico y el factor *restricción alimentaria*.

En el gráfico 2 se observa que la media del factor *restricción alimentaria* del cuestionario de actitudes hacia la alimentación es más alta (6,15) en los casos de malestar psicológico que en los no casos (3,14). La prueba t-student arroja una significancia de 0,02; por lo que se asume que las diferencias entre las medias son estadísticamente significativas.

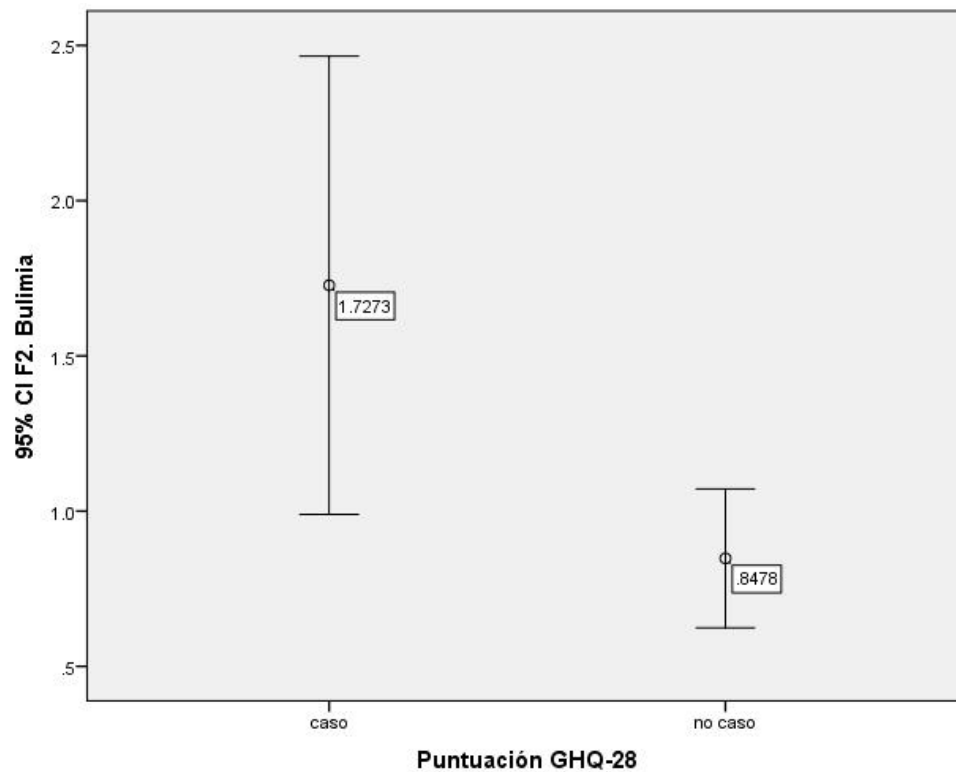


Gráfico 3. Correlación entre la prevalencia de malestar psicológico y el factor *bulimia*.

En el gráfico 3 se observa que la media del factor *bulimia* del cuestionario de actitudes hacia la alimentación es más alta (1,73) en los casos de malestar psicológico que en los no casos (0,85). La prueba t-student arroja una significancia de 0,05; por lo que se asume que las diferencias entre las medias son estadísticamente significativas.

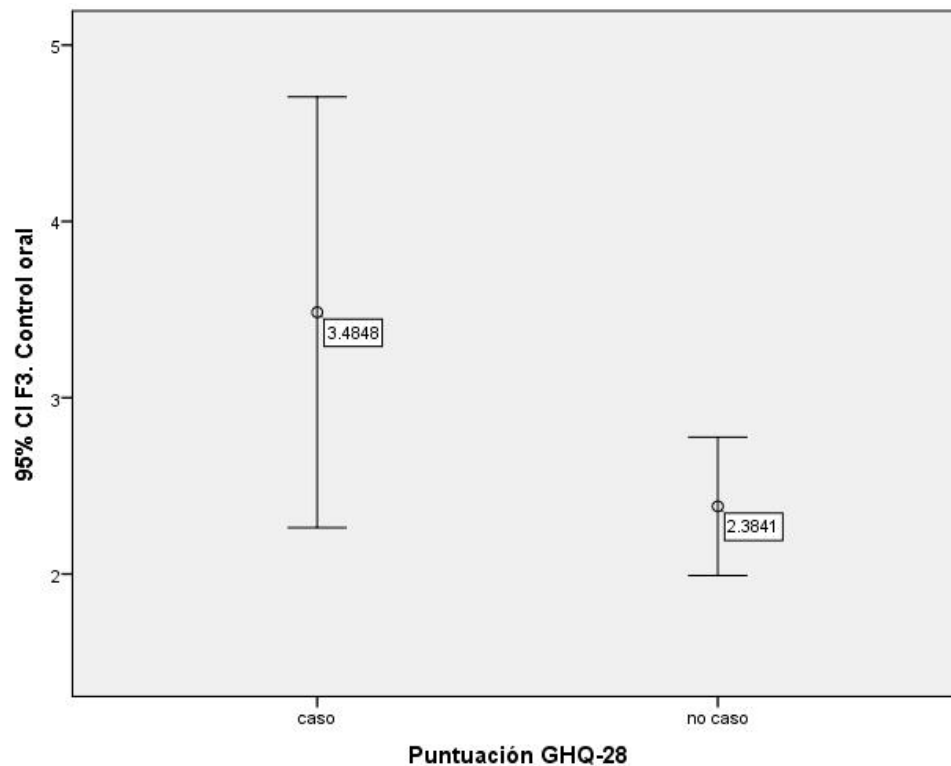


Gráfico 4. Correlación entre la prevalencia de malestar psicológico y el factor *control oral*.

En el gráfico 4 se observa que la media del factor *bulimia* del cuestionario de actitudes hacia la alimentación es más alta (3,48) en los casos de malestar psicológico que en los no casos (2,38). La prueba t-student arroja una significancia de 0,025; por lo que se asume que las diferencias entre las medias son estadísticamente significativas.

CAPITULO V

DISCUSION

*“Las superficies pueden ser vistas
pero las profundidades
deben ser interpretadas”*

Ken Wilber

Este estudio, realizado en la población de estudiantes de Nutrición y Dietética de la Universidad de Los Andes, en el año 2011, que contó con la participación de 171 sujetos (52% de la matrícula estudiantil) buscaba establecer la prevalencia de síntomas de malestar psicológico y de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) a lo largo de la carrera, así como la posible relación entre estas variables.

Objetivo 1. Determinar la prevalencia de síntomas de malestar psicológico en los estudiantes de Nutrición y Dietética de la Universidad de los Andes, de acuerdo al año académico

Se encontró una prevalencia de malestar psicológico de 19,3% con una mayor prevalencia en el tercer año (32,5%). A través de la prueba Chi Cuadrado se pudo demostrar que las variables malestar psicológico y año académico son independientes ($p=0,74$). La distribución porcentual por género y año académico de los casos de malestar psicológico muestra una mayor prevalencia en el sexo femenino en todos los años académicos. Sin embargo, no existe relación estadísticamente significativa ya que la prueba Chi Cuadrado arrojó un valor de $p=0,213$; es decir, tanto el género como el año académico son independientes de la prevalencia de malestar psicológico. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis según la cual *la prevalencia de malestar psicológico se relaciona significativamente con el año académico*.

Comparando estos resultados con algunos estudios sobre salud mental llevados a cabo en la Universidad de Los Andes-Venezuela, encontramos que los estudiantes de Nutrición y Dietética presentan una prevalencia de malestar psicológico similar a la reportada por Arias (2011) en estudiantes de Bioanálisis (19,1%); y por Pereira (2011) en estudiantes de Odontología (22,7%). A diferencia de lo encontrado por Pereira, en el presente estudio se encontró que las variables salud mental y año académico son independientes.

Los resultados de prevalencia de malestar psicológico son inferiores a los obtenidos por Morales (2010) en estudiantes venezolanos de Ciencias de la Educación (25%), por Camacho en estudiantes venezolanos de Medicina (57, 6%); por Benitez, Quintero y Torres en estudiantes chilenos de Medicina en el 2001(41%), y por Cerchiari, Caetano y Faccenda en estudiantes universitarios brasileños en el 2005 (25%).

En relación a los síntomas de malestar psicológico predominantes encontrados en el presente estudio podemos resaltar que la subescala somatización predomina significativamente en los dos primeros años de la carrera con media de $4,1 \pm 1,4$ y $3,6 \pm 0,5$ respectivamente. Esto coincide con lo reportado por Cerchiari, Caetano y Faccenda (2005)

quienes encontraron predominio de los trastornos psicosomáticos en estudiantes universitarios brasileños.

Por otra parte, en los dos últimos años académicos de la carrera de Nutrición y Dietética del presente estudio, el síntoma predominante es la *ansiedad e insomnio*, con media de $4,6 \pm 1,9$ y $5,2 \pm 0,9$ respectivamente, seguido por el *somatización*, con medias de $3,3 \pm 2,2$ y $3,0 \pm 1,1$. Estos resultados coinciden con Feldman, Goncalves y Chacón los cuales encontraron ansiedad y somatización en periodos de mayor estrés académico y con los Cova y otros (2007) que encontraron ansiedad y depresión, ligada al estrés académico.

Objetivo 2. Estimar la necesidad subjetiva y objetiva de ayuda psicológica de los estudiantes de Nutrición y Dietética de la Universidad de los Andes.

En el presente estudio, se tomó como medida de necesidad objetiva de ayuda psicológica el número de casos que dieron positivo (>5) a la Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28) ($n=33$). Así mismo la necesidad subjetiva correspondió a la proporción de respuestas positivas (23%) a la pregunta *“En la actualidad, ¿creé necesario utilizar algún tipo de atención psicológica y/o psiquiátrica?”* del Cuestionario de Ayuda Psicológica e igualmente se determinó la proporción de

estudiantes que reciben atención psicológica (3,4%) a través de la pregunta *“En la actualidad, ¿está utilizando algún recurso atención psicológica y/o psiquiátrica?”*. En este sentido, los resultados muestran que es posible que los estudiantes no tengan autoconciencia sobre su salud mental o bien no tienen orientación acerca de los beneficios de la ayuda psicoterapéutica. No se encontraron antecedentes que sirvan de comparación al respecto.

Objetivo 3. Estimar la prevalencia de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en los estudiantes de Nutrición y Dietética de la Universidad de los Andes, de acuerdo al año académico.

El 7,1% de los estudiantes de Nutrición y Dietética presenta alto riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria. Esta situación se muestra con mayor frecuencia en el segundo año de la carrera con 12,5% del total de estudiantes en ese año académico, seguido del cuarto año con 11,1%. A través de la prueba Chi Cuadrado se pudo demostrar que las variables *riesgo de TCA* y *año académico* son independientes ($p=0,234$) por lo tanto, se rechaza la hipótesis según la cual *el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria se relaciona significativamente con al año académico*.

Al comparar estos resultados con otros estudios realizados encontramos similitudes con el estudio realizado por Kinzl y otros (7,5%) en nutricionistas austriacas. Se asemejan en cuanto a la independencia de las variables año académico y riesgo de TCA encontrada por Sepulveda, Carrobles y Garandillas(2008).

El riesgo de trastornos de la conducta alimentaria encontrado en este estudio es inferior a otras investigaciones realizadas (Morande y Casas, 1999; Perez-Gaspar, 2000; Raich, 2001; Poyato y otros, 2002; Bello y Di Bella, 2003; Lugli y Vivas, 2006; Behar y otros 2007; Sepulveda y otros, 2008; Ast y Favadi, 2011)

Objetivo 4. Explorar la relación entre la prevalencia de malestar psicológico en los estudiantes de Nutrición y Dietética de la Universidad de los Andes y el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria (TCA)

Al establecer la correlación entre los síntomas de malestar psicológico y el cuestionario de actitudes hacia la alimentación-CCA en el primer año, encontramos que el síntoma *somatización* se correlaciona positivamente con el total $p=0,545$; Igualmente, el síntoma *ansiedad e insomnio* correlacionó positivamente con el total $p=0,425$. El total del GHQ-28 correlacionó positivamente con el total de la escala CCA-26 para este año académico con un valor de $p=0,327$.

El segundo año, encontramos que el síntoma *disfunción social* se correlaciona positivamente con el total de la escala CCA-26 con un valor de $p=0,468$. El total del GHQ-28 correlacionó positivamente con el total de la escala CCA-26 para este año académico con un valor de $p=0,368$.

En el tercer año encontramos que ninguno de los síntomas de malestar psicológico se correlaciono con el cuestionario de actitudes hacia la alimentación. El total del GHQ-28 no correlacionó con el total de la escala CCA-26 para este año académico.

En el cuarto año, encontramos que el síntoma *somatización* se correlaciona positivamente y con el total de la escala con un valor de $p=0,402$. El síntoma *ansiedad e insomnio* correlaciona positivamente con el total de la escala con un valor de $p=0,494$. . El total del GHQ-28 correlacionó positivamente con el total de la escala CCA-26 para este año académico con un valor de $p=0,449$.

En relación con la hipótesis que dice que *los síntomas de malestar psicológico ansiedad y depresión se relacionan significativamente con el riesgo de trastorno de la conducta alimentaria*, solo es confirmada para el síntoma ansiedad en el primero y cuarto año. El síntoma depresión NO

se relaciona con el riesgo de TCA en ninguno de los años académicos estudiados.

Estos resultados difieren a los reportados por Raich (2001) donde se relaciona la depresión y la ansiedad con el riesgo de TCA.

Limitaciones de Investigación

Es importante tener en cuenta algunas consideraciones al observar los resultados del presente estudio, pues existen algunas limitaciones al respecto.

La primera de ellas es que por ser un estudio transversal, no es concluyente ni posible establecer relaciones de causalidad. Igualmente al no haber realizado entrevistas clínicas no es apropiado asumir prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria ni de enfermedad psiquiátrica.

Otro aspecto a considerar es el hecho de que, para la recolección de los datos, se utilizaron cuestionarios autoadministrado, lo cual supedita los resultados a la honestidad de los estudiantes. Previendo esto, se informó a los participantes que los datos serían manejados de forma anónima.

Finalmente, la participación estudiantil fue afectada debido a la poca presencia de estudiantes en las aulas ya que, a pesar de que estos deben asistir al 75% de las clases programadas, hubo una suspensión de esta obligatoriedad por parte del Consejo Universitario de la Universidad de los Andes, debido a un brote epidemiológico de H₁N₁ en la Facultad de Medicina en las semanas previas al estudio.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

*“El arte del arte,
la gloria de la expresión
y la sol de la luz de letras,
es simplicidad”*

Walt Whitman

CONCLUSIONES

1. La prevalencia de malestar psicológico no se relaciona significativamente con al año académico.
2. Es posible que los estudiantes no tengan autoconciencia sobre su salud mental o bien no tengan orientación acerca de los beneficios de la ayuda psicoterapéutica.
3. El riesgo de trastornos de la conducta alimentaria no se relaciona significativamente con al año académico.
4. El síntoma ansiedad se relaciona significativamente con el riesgo de TCA en el primero y cuarto año.
5. El síntoma depresión NO se relaciona con el riesgo de TCA en ninguno de los años académicos estudiados.

RECOMENDACIONES

1. Hacer del conocimiento de las autoridades de la Escuela de nutrición y Dietética y de la Facultad de Medicina, de los resultados y posibilidades de esta investigación.

2. Diseñar y ejecutar proyectos que faciliten a los estudiantes de todos los años, la apropiación de estrategia necesarias para manejar adecuadamente la ansiedad.
3. Estimular a través de la asignatura Educación Alimentaria Nutricional el abordaje entre pares de temas relacionados con la alimentación y el estilo de vida saludable.
4. Diseñar un proyecto para extender esta investigación al resto de Facultades de la ULA y de las instituciones de Educación Superior de la región y del nivel nacional.

REFERENCIAS

- Al Nakeeb, A., Alcázar, J., Fernández, H. Malagón, F. y Molina, B. (2002). *Evaluación del estado de salud mental de estudiantes universitarios. Tesis de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid*. [documento en línea] Disponible en: <http://www.uam.es/departamentos/medicina/preventiva/especifica/congresoXV-29.html> [Consulta: 2004, marzo 16]
- American Psychiatric Association. Committee on Nomenclature and Statistics (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Anderson, D., Lundgren, J., Shapiro, J., y Paulosky, C. (2004). Assessment of Eating Disorders. Review and Recommendations for Clinical Use. *Behavior Modification*, 28(6), 763-782
- Araujo, E. y Moreno, D. (2006). *Influencia de las emociones positivas y negativas, apoyo social, sexo y edad sobre la salud*. Tesis de grado no publicada, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas.
- Arias, C. (2011). *La Sensibilidad Emocional y su relación con la necesidad objetiva y subjetiva de Ayuda Psicoterapéutica en estudiantes de Bioanálisis. Universidad de Los Andes. Intervenciones Terapéuticas*. Tesis de Doctorado no publicada, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.
- Ast, R. y Fadavi, A. (2011). Prevalence of eating disorders among female students of Tonekabon University. *International Journal of Scientific & Engineering Research* [Revista en línea], 2. Disponible en: http://www.ijser.org/onlineResearchPaperViewer.aspx?Prevalence_of_Eating_Disorders_among_Female_Students_of_Tonekabon_University.pdf [Consulta: 2012, abril 7]
- Banfield, S. y McCabe, M. (2002). An evaluation of the construct of body image. *Adolescence*, 37(146), 373-393.
- Bavaresco, A. (1988). *Las técnicas de investigación*. 5 ed. Illinois: Scott, Foresman and Company.

- Behar, R., Alviña, M., Medinelli, A., Tapia, P. (2007). Trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de la carrera de nutrición y dietética. *Revista chilena de nutrición* [revista en línea]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182007000400003&lng=es [Consulta: 2011, noviembre 23]
- Bello, N. y Di Bella, C. (1996). Anorexia y bulimia nerviosa [Tesis de grado de licenciatura]. Caracas: Universidad Católica Andrés Bello. Caracas.
- Benitez, C., Quintero, J. y Torres, R. (2001). Prevalencia de riesgo de trastornos psiquiátricos en estudiantes de pregrado de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. *Revista Médica de Chile* [Revista en línea], 129. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872001000200008&script=sci_arttext [Consulta: 2010, abril 20]
- Bergsma, A. y Veenhoven, R. (2011). The happiness of people with a mental disorders in modern society. *Psychology of well-being*. [Revista en línea], 1. Disponible en: <http://www.springerlink.com/saturno.serbi.ula.ve/content/xvk626v1720g07j7/fulltext.pdf> [Consulta: 2012, abril 20]
- Bohorquez, A. (2007). Prevalencia de Ansiedad y Depresión en estudiantes de Medicina.
- Bonilla, P., Carballo, R. y Martínez, I. (2001). Adolescencia y género: Imagen corporal y trastornos de la alimentación. *Cuadernos Mujer Salud*, 6, 156-164.
- Bossert, S., Schmölz, U., Wiegand, M., Junker, M., y Krieg, J. (1992). Predictors of shortterm treatment outcome in bulimia nervosa inpatients. *Behavior Research and Therapy*, 30, 193-199.
- Brito, J. (1992). *Cómo seleccionar una muestra*. Caracas: material mimeografiado.
- Cabrera, A., Sánchez, A. y Bravo, R. (2009). Salud mental en estudiantes de medicina integral comunitaria en Venezuela *Revista de los profesionales y técnicos de la Salud en Santiago de Cuba*

[Revista en línea], 13. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_4_09/san03409.htm. [Consulta: 2009, junio 16]

Camacho, I., Cortéz, L., Daza, V., López, S., Muñoz, J., Montejó, E. y Sánchez, L. (2007). Incidencia de patología psiquiátrica menor en los estudiantes de primero a cuarto año de la Escuela de Medicina “José María Vargas”. *Acta Científica Estudiantil*. [Revista en línea], 5. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=140&id_seccion=2332&id_ejemplar=4082&id_articulo=39561 [Consulta: 2010, marzo 20]

Castillo, C. y Costa, M. (2008). Significados del consumo de alcohol en familias de una comunidad pobre venezolana. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Revista en línea], 16. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000700006&script=sci_arttext&lng=es [Consulta: 2012, marzo 19]

Cerchiari, E., Caetano, D. y Faccenda, O. (2005). Prevalência de transtornos mentais menores em estudantes universitários. *Estudos de Psicologia* [Revista en línea], 10(3). Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v10n3/a10v10n3.pdf> [Consulta: 2010, junio 28]

Cobb, S. (1976). Social Support as a moderator of life-stress. Presidential Address. *Psychosomatic Medicine*. 38, 300.

Cooper, P. y Fairburn, C. (1986). Depressive symptoms of bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 148, 268-274.

Cova, F., Alvial, W., Aro, M., Bonifetti, A., Hernández, M. y Rodríguez, C. (2007). Problemas de Salud Mental en Estudiantes de la Universidad de Concepción. *Terapia Psicológica* [Revista en línea]. 25, Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082007000200001&lng=es&nrm=iso [Consulta: 2011, diciembre 2]

Crockett, S. y Littrell, J. (1985) Comparison of eating patterns between dietetic and other college major. *Nutrition Education*. 17, 47-50.

- Drake, M. (1989). Symptoms of anorexia nervosa in female university dietetic major. *Journal of American Dietetic Association*. 89, 97- 98.
- Espie, C. (1991). *The psychological treatment of insomnia*. Chichester, United Kingdom: Wiley.
- Espíndola, J., Morales, F., Díaz, E., Pimentel, D., Meza, P., Henales, C., Carreño, J. e Ibarra, A. (2006). Malestar Psicológico: algunas de sus manifestaciones clínicas en la paciente gineco-obstétrica hospitalizada en “Perinatología y Reproducción Humana”. *INPERIER*, 20(4)
- Fauci, A., Kasper, D., Braunwald, E., Hauser, S., Longo, D., Jameson, J. y Loscalzo, J. () *HARRISON Principios de Medicina Interna*. 17ª. Edición. Disponible en: www.harrisonmedicina.com
- Feldman, L., Goncalves L., Chacón-Puignau, R. (2008). Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. *Universitas Psychologica*. [Revista en línea]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/647/64770311.pdf> [Consulta: 2012, abril 17]
- Ford, D. y Kamerow, D. (1989). Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders: An opportunity for prevention? *Journal of the American Medical Association*, 262, 1479–1484.
- Fredenberg, J., Berglund, P. y Dieken, H. (1996). Incidence of Eating Disorders Among Selected Female University Students. *Journal of the American Dietetic Association*, 96, 64 - 65.
- Garner D., Olmsted, M., Bohr, Y. y Garfinkel, P. (1982) The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. [Documento en línea] Artículo publicado en *Psychological Medicine*. 12, 871-878. Disponible en: <http://www.eat-26.com/Docs/Garner-EAT-26-1982.pdf> [Consulta: 2011, enero 8]
- Garner, D. y Garfinkel, P. (1979) The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of Anorexia Nervosa. [Documento en línea] Artículo

publicado en *Psychological Medicine*, 9. Disponible en: <http://eat-26.com/Docs/Garner-EAT-40%201979.pdf> [Consulta: 2011, enero 8]

Goldberg, D. y Bridges, K. (1987). Screening for psychiatric illness in general practice: the general practitioner versus the screening questionnaire. *Journal of the Royal College of General Practitioners*. 37, 15-18.

Goldberg, D. y Hillier, V. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*. 9 , 139-145

Goldberg, D. y Williams, P. (1996). Cuestionario de salud general GHQ (General Health Questionnaire). En: *Guía para el usuario de las distintas versiones*. Barcelona: Masson

Guarino, L., Gavidia, I., Antor, M. y Caballero, H. (2000). Estrés, salud mental y cambios inmunológicos en estudiantes universitarios. [Documento en línea] Artículo publicado en la revista *Psicología Conductual*. Disponible en: <http://www.behavioralpsycho.com/PDFespanol/2000/art04.1.08.pdf> [Consulta: 2010, marzo 17]

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2003). *Metodología de la Investigación*. (3a. ed.). México: McGraw-Hill.

Hoek H. y D. Van Hoeken. (2003). Review of the Prevalence and Incidence of Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 34, 383-396.

Houston, C., Bassler, E. y Anderson, J. (2008). Eating Disorders among Dietetics Students: An Educator's Dilemma. *Journal of the American Dietetic Association*. 723-724

Howat, P., Beplay, S. y Wozniak, P. (1993). Comparison of bulimic behavior incidence by profession: Dietitian, nurse, teacher. *Journal of Nutrition Education*, 25(2), 67-69.

Hybels, C., Blazer, D. y Kaplan, B. (2000). Social and personal resources and the prevalence of phobic disorder in a community population. *Psychological Medicine*. 30, 705–716.

- Iñarritu, V., Cruz, L y Morán, I. (2004). Instrumentos de evaluación para los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Salud Pública y Nutrición*. 5 (2) 46-51
- Jo, T. y Almas, S. (2002). Abandono del tratamiento en una consulta externa de psiquiatría y psicología clínica. *Revista electrónica de portales medicos.com*. [Revista en línea] Disponible en: http://www.portalesmedicos.com/monografias/abandono_tratamiento/index.htm [Consulta: 2012, abril 2]
- Joffe, V., Maldonado, G., Lin, D. y Cruz, L. (2007). Evaluación del estado de Salud Mental en estudiantes universitarios. *Revista Argentina de Clínica neuro-psiquiátrica*. [Revista en línea], 1. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/articulos/atprimaria_y_sm/diagnostico/34852/ [Consulta: 2012, marzo 13]
- Katz, D. y McHorney, C. (1988). Clinical correlates of insomnia in patients with chronic illness. *Archives of Internal Medicine*, 158, 1099–1107.
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del Comportamiento*. México: McGraw-Hill.
- Kinzl, J., Traweger, C., Trefalt, E., Mangweth, B. y Biebl, W. (1999) Dietitians: Are they a risk group for eating disorders? European *Eating Disorders Review*. 7, 62-67.
- Korinth, A., Schiess, S., y Westenhoefer, J. (2009). Eating behaviour and eating disorders in students of nutrition sciences. *Public Health Nutrition*. 13(1), 32–37
- Lameiras M., Calado M., Rodríguez Y. y Fernández M. (2002). Los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios españoles. *Actas Españolas Psiquiatría*, 30, 343 - 349.
- Lieb, R., Wittchen, H., Höfler, M., Fuetsch, M., Stein, M., y Merikangas, K. (2000). Parental psychopathology, parenting styles, and the risk of social phobia in offspring: a prospective-longitudinal community study. *Archives of General Psychiatry*, 57, 859–866.

- Lipowski ZJ. (1988). Somatization: the concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1358–1368.
- Lobo, A., Pérez-Echeverría, M.J. y Artal, J. (1986). Validity of the Scale Version of General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish Population. *Psychological Medicine*, 1, 135-140.
- López, P., Prado, J., Montilla, M., Molina, Z., Da Silva, G. y Arteaga, F. (2008). Insatisfacción por la imagen Corporal y la baja autoestima por la apariencia física en Estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes del estado Mérida, Venezuela. *Revista en Ciencias del Movimiento Humano y Salud*. [Revista en línea], 5. Disponible en: <http://www.revistas.una.ac.cr/index.php/mhsalud/article/view/345> [Consulta: 2011, abril 23]
- Lugli, Z. y Vivas, E. (2006). Conductas y actitudes sugestivas de riesgo de trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes universitarios venezolanos. *Revista de la Facultad de Medicina*. [Revista en línea]. 29, 168-173. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0798-04692006000200014&script=sci_arttext [Consulta: 2011, febrero 13]
- Macías N. *Salud mental del venezolano será estudiada en 2009*. (2009). [Artículo en Internet]. Disponible en: <http://www.radiomundial.com.ve/yvke/noticia.php?13225> [Consulta: 2009, abril 12]
- Morales, F. (2010). Estudio de Salud Mental en Estudiantes Universitarios de la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Carabobo. [Documento en línea]. Disponible en: http://servidor-opsu.tach.ula.ve/7jornadas_i_h/paginas/doc/JIHE-2011-PN47.pdf [Consulta: 2012, abril 12]
- Morales-Carmona, F., Díaz, F., Espindola, J., Henales, A., Meza, P., Mota, G. y Pimentel, N. (2005). *Psychological Health Concept en "Temas selectos en orientación psicológica"*. México: El Manual Moderno.

- Morandé, G. y Casas, J. (1997). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Anorexia nerviosa, bulimia y cuadros afines. *Pediatría Integral*, 2, 243-260.
- Morandé, G., Celada, J. y Casas, J.J. (1999). Prevalence of eating disorders in a Spanish school-age population. *Journal of Adolescent Health*, 24(3), 215-219.
- Moreno, P. (2002). *Guía de Ansiedad*. [Libro electrónico]. Disponible en: <http://www.scribd.com/doc/6835596/ANSIEDAD>. [Consulta: 2010, marzo 16]
- Morin, Ch. y Espie, C. (2004). *Insomnia. A Clinical Guide to Assessment and Treatment*. [Libro electrónico] Disponible en: <http://www.scribd.com/doc/26915235/Morin-Insomnia>. [Consulta: 2010, febrero 03]
- Núñez, A. y Socorro, D. (2005) *Influencia de la expresividad emocional, la ambivalencia emocional, el apoyo social, la edad, el sexo y el estado civil sobre la salud psicológica*. Tesis de grado no publicada, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas.
- Omaña A. *Salud mental del venezolano será estudiada en 2009*. (2009) [Documento en línea]. Disponible en: <http://www.radiomundial.com.ve/yvke/noticia.php?13225> [Consulta: 2009, abril 12]
- Palacio, J. y Martinez, Y. (2007). Relación del rendimiento académico con la salud mental en jóvenes universitarios. *Psicogente*. [Revista en línea], 10. Disponible en: http://www.erevistas.csic.es/ficha_articulo.php?url=oai:ojs.10.0.10.200:article/28&oai_iden=oai_revista340 [Consulta: 2012, abril 15]
- Pastor, V., y otros. (2000). Evaluación de algunos aspectos psicosociales de los estudiantes de Medicina de la UAM. *Educación Médica*;3 (3):122-131.
- Peat, C., Mitchell, J., Hoek, H. y Wonderlich, S. (2009). Validity and Utility of Subtyping Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating*

Disorders [Revista en línea], 42. Disponible en:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.20717/pdf>

- Perales A, Sogi C, y Morales R. (2003). Estudio comparativo de salud mental en estudiantes de medicina de dos universidades estatales peruanas. *Anales de la Facultad de Medicina*. [Revista en línea]. 64, 239-246. Disponible en:
<http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v64n4/a07v64n4.pdf> [Consulta: 2010, abril 20].
- Pereira, C. (2011). *Salud mental y sensibilidad emocional de los estudiantes de odontología en situación de alta y baja exigencia académica*. Universidad de los Andes. Venezuela. Tesis de Doctorado no publicada, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.
- Pérez-Gaspar, M., Gual, P., De Irala-Estévez, J., Martínez-González, M., Lahortiga, F., Cervera, S. (2000). Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes Navarras. *Medicina Clínica*, 114(13), 481-486.
- Poyato, J., Poyato, M., Sánchez, M. y Cañete, R. (2002). Estudio de la población de riesgo para trastornos del comportamiento alimentario. *Anales Españoles de Pediatría*, 58, 113-114.
- Quintero-Parraga, E., Perez-Montiel, A., Montiel-Nava, C., Pirela, D., Acosta, M. y Pineda, N. (2003). Eating behavior disorders. Prevalence and clinical features in adolescents in the city of Maracaibo, Zulia, Venezuela. *Investigacion Clinica*. 44(3), 179-193.
- Raich, R. (2001). *Comorbilidad de los trastornos de la Conducta Alimentaria en una muestra de estudiantes de Barcelona*. [documento en línea] Tesis Doctoral. Disponible en:
<http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/5418/sfs1de3.pdf?sequence=1> [Consulta: 2010, marzo 26]
- Raich, R., Rosen, J., Deus, J., Pérez, O., Requena, A. y Gross, J. (1992). Eating disorder symptoms among adolescents in the United States and Spain: A comparative study. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 63-72.

- Ríos, A., Machado, T., Rísquez, F. y Ortega, M. (1996). Detección de actitudes sugestivas de anorexia nerviosa en estudiantes de 10 a 18 años en el área metropolitana de Caracas [Trabajo no publicado]. Caracas.
- Rondón, R., Gómez, M., Martínez, S., Saturno, M., Romero, B., Carchidio, R., Padilla, M. y Torrealba, E. (2001). Análisis Situacional de Salud Mental en el estado Guárico. *Archivos Venezolanos de psiquiatría y neurología*. 47(96),31-39.
- Royal College of Psychiatrists. (2011). *The mental health of students in higher education. Council Report CR166. september. London*. [Documento en línea]. Disponible en: http://www.healthyuniversities.ac.uk/uploads/files/rcp_mental_healthreport_2011_cr166_2.pdf [Consulta: 2010, marzo 27]
- Ruiz, C. (1998). *Instrumentos de Investigación Educativa. Procedimientos para su diseño y validación*. Barquisimeto: CIDEG.
- Ruiz, P., Alonso, J., Velilla, J., Lobo, A., Martín, A., Paumard, C. y Calvo A. (1998). Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Zaragoza. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 3 (98)148-160.
- Sandi, C., Venero, C. y Cordero, M. I. (2001). Estrés, memoria y trastornos asociados. Barcelona: Editorial Ariel.
- Savard, J., Laroche, L., Simard, S., Ivers, H., y Morin, C. (2003). Chronic insomnia and immune functioning. *Psychosomatic Medicine*. 65: 211–221.
- Schneier, F., Blanco, C., Antia, S., y Liebowitz, M. (2002). The social anxiety spectrum. *Psychiatric Clinic North American*. 25:757–774
- Sepulveda, A., Carrobbles, J y Garandillas, A. (2008) Gender, school and academic year differences among Spanish university students at high-risk for developing an eating disorder: An epidemiologic study. *Public Health*. [Revista en línea] 8, Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/102> [Consulta: 2012, enero 14]

Universidad Pedagógica Experimental Libertador (2003). *Manual de trabajos de grado. Especialización, maestría y tesis doctoral*. Caracas, Venezuela: FEDUPEL.

Van Hoeken, D., Veling, W., Sinke, S., Mitchell, J. y Hoek, H. (2009). The Validity and Utility of Subtyping Bulimia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders* [Revista en línea], 42. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.20724/pdf> [Consulta: 2010, septiembre 12]

Walsh, T. () En Harrison principios de Medicina Interna. Parte 5. Nutrición. Capítulo 76. Trastornos de la conducta alimentaria. Mc Graw Hill. <http://www.harrisonmedicina.com.saturno.serbi.ula.ve/index.aspx>

Walsh, T. (2009). Eating Disorders in DSM-V: Review of Existing Literature. (Part 1). *International Journal of Eating Disorders* [Revista en línea], 42. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.20756/pdf> [Consulta: 2010, septiembre 12]

Weitzener, A. (2007). *El A, B, C de los Desordenes Alimentarios. Una guía práctica para el adolescente*. México: Pax.

Wilson, T. y Sysko, R. (2009). Frequency of Binge Eating Episodes in Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder: Diagnostic Considerations. *International Journal of Eating Disorders* [Revista en línea], 42. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.20726/pdf> [Consulta: 2010, septiembre 13]

ANEXOS

ANEXO A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Original para el investigador)

Mediante la firma de éste documento, doy mi consentimiento para responder las encuestas que está aplicando la profesora Glenda Beatriz Da Silva-MsC de la Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes Mérida – Venezuela. Con el propósito de evaluar la Salud Mental y el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria. Estoy consciente que la información que estoy suministrando será utilizada con fines de investigación. Entiendo que fui elegido/a para ésta investigación por ser estudiante de esta Facultad. Además doy fe de que estoy participando de manera voluntaria y que la información que aporte es confidencial, de manera que no se revelará a otras personas, por lo tanto no afectará mi situación personal. Así mismo, sé que puedo dejar de proporcionar la información que se me solicita en cualquier momento, incluso después de llenar la encuesta. Igualmente, afirmo que se me dio suficiente información sobre los aspectos éticos y legales que involucra mi participación y que puedo obtener más información en caso que lo considere necesario con la profesora GLENDA BEATRIZ DA SILVA QUIROZ, Investigadora responsable del Estudio: Departamento de Nutrición Social al número de teléfono (0274) 2403071.

Fecha: _____

Firma del (de la) Participante

Firma del Investigador Principal

----- (desprender aquí) -----

CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Original para el participante)

Mediante la firma de éste documento, doy mi consentimiento para responder las encuestas que está aplicando la profesora Glenda Beatriz Da Silva-MsC de la Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes Mérida – Venezuela. Con el propósito de evaluar la Salud Mental y el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria. Estoy consciente que la información que estoy suministrando será utilizada con fines de investigación. Entiendo que fui elegido/a para ésta investigación por ser estudiante de esta Facultad. Además doy fe de que estoy participando de manera voluntaria y que la información que aporte es confidencial, de manera que no se revelará a otras personas, por lo tanto no afectará mi situación personal. Así mismo, sé que puedo dejar de proporcionar la información que se me solicita en cualquier momento, incluso después de llenar la encuesta. Igualmente, afirmo que se me dio suficiente información sobre los aspectos éticos y legales que involucra mi participación y que puedo obtener más información en caso que lo considere necesario con la profesora GLENDA BEATRIZ DA SILVA QUIROZ, Investigadora responsable del Estudio: Departamento de Nutrición Social al número de teléfono (0274) 2403071.

Fecha: _____

Firma del (de la) Participante

Firma del Investigador Principal

Código: _____

ANEXO B

Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28)

Responda sobre los problemas recientes, no sobre los que tuvo en el pasado. Es importante que intente contestar TODAS las preguntas. Muchas gracias.

En las últimas semanas:

A	B
A.1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de Salud y en plena Forma?	B.1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?
<input type="checkbox"/> Mejor que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho Peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
A.2. ¿Ha tenido la sensación de que necesita reconstituyente?	B.2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
A.3. ¿Se ha sentido agotado/a y sin fuerzas para nada?	B.3. ¿Se ha notado constantemente agobiado/a y en tensión?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
A.4. ¿Ha tenido sensación de que estaba enfermo/a?	B.4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado/a?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
A.5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?	B.5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
A.6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza o que la cabeza le va a estallar?	B.6. ¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
A.7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?	B.7. ¿Se ha notado nervioso/a y "a punto de explotar" constantemente?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
SUBTOTAL A	SUBTOTAL B

C	D
C.1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado/a y activo/a?	D.1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?
<input type="checkbox"/> Más activo/a que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?	D.2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?
<input type="checkbox"/> Menos tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Más tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?	D.3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?
<input type="checkbox"/> Mejor que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.4. ¿Se ha sentido satisfecho/a con su manera de hacer las cosas?	D.4. ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de un medio"?
<input type="checkbox"/> Más satisfecho/a que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Menos satisfecho/a que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos satisfecho/a q lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?	D.5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?
<input type="checkbox"/> Más útil que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual de útil que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Menos útil que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos útil que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	D.6. ¿Ha notado que desea estar muerto/a y lejos de todo?
<input type="checkbox"/> Mas que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?	D.7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza?
<input type="checkbox"/> Mas que lo habitual	<input type="checkbox"/> Claramente, no
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> Me parece que no
<input type="checkbox"/> Menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Se me ha cruzado por la mente
<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Claramente, lo he pensado
SUBTOTAL C	SUBTOTAL D

ANEXO C

CUESTIONARIO DE AYUDA PSICOLÓGICA

1. En los diferentes momentos que se mencionan a continuación, ¿ha utilizado algún recurso de atención psicológica y/o psiquiátrica?

Antes de empezar la carrera: SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐

¿Cuál? (p.ej. psicofármacos, psicoterapia, psicoanalistas, etc.)

A lo largo de la carrera: SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐

¿Cuál? (p.ej. psicofármacos, psicoterapia, psicoanalistas, etc.)

2. En los diferentes momentos que se mencionan a continuación, ¿cree que ha podido necesitar en algún momento de atención psicológica y/o psiquiátrica?

Antes de empezar la carrera: SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐

¿Cuál? (p.ej. psicofármacos, psicoterapia, psicoanalistas, etc.)

A lo largo de la carrera: SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐

¿Cuál? (p.ej. psicofármacos, psicoterapia, psicoanalistas, etc.)

3. En la actualidad, ¿está utilizando algún recurso atención psicológica y/o psiquiátrica? SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐

¿Cuál? (p.ej. psicofármacos, psicoterapia, psicoanalistas, etc.)

4. En la actualidad, ¿creé necesario utilizar algún tipo de atención psicológica y/o psiquiátrica?

SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐

¿Cuál? (p.ej. psicofármacos, psicoterapia, psicoanalistas, etc.)

5. Si recibe o cree poder beneficiarse de atención psicológica y/o psiquiátrica, ¿cuáles son las principales razones que le llevan a necesitar esta ayuda? (puede señalar más de uno sí procede):

☐ Problemas emocionales (pareja, amistades, separación. Violencia

☐ Problemas familiares (muerte, divorcio, separación, violencia, ...)

☐ Problemas asociados con la carrera (desmotivación, decepción, sobrecarga, hostilidad, estancamiento, frustración, pérdida de confianza en la propia valía...)

☐ Problemas económicos (pérdida del puesto de trabajo, desempleo, autofinanciamiento de los estudios, pérdida de beca, ...)

ANEXO D

INSTRUCCIONES

1. Por favor lea con detenimiento.
2. Señale claramente la opción elegida.
3. El cuestionario es anónimo. Se garantiza la confidencialidad, y los datos solo serán tratados de manera colectiva.
4. Una vez finalizada la investigación, los resultados serán publicados.

Muchas gracias por su colaboración

DATOS PERSONALES

Sexo: M ____ F ____

Año académico que cursa: ____

Edad: ____

DATOS ANTROPOMETRICOS

Para ser llenado por el encuestador

Peso: ____ Estatura: ____ IMC: ____ EN: ____

Código: ____

CUESTIONARIO DE ACTITUDES HACIA LA ALIMENTACION (CAA)

Por favor, coloque una (X) debajo de la columna que mejor se ajusta a cada una de las afirmaciones numeradas. La mayoría de las preguntas están relacionadas directamente con la comida o la alimentación, sin embargo se han incluido otro tipo de preguntas. Por favor responda cuidadosamente cada pregunta. Gracias.

		siempre	casi siempre	a menudo	a veces	pocas veces	nunca
1	Me da mucho miedo pesar demasiado						
2	Procuro no comer aunque tenga hambre						
3	Me preocupo mucho por la comida						
4	He comido compulsivamente sintiendo que no soy capaz de parar						
5	Cuando como, corto los alimentos en trozos pequeños						
6	Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como						
7	Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ejemplo: pan, papas, arroz, etc.)						
8	Noto que los demás preferirían que yo comiese más						
9	Vomito después de haber comido						
10	Me siento muy culpable después de comer						
11	Me preocupa el deseo de estar más delgado/a						
12	Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio						
13	Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a						
14	Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo						
15	Tardo en comer más que las otras personas						
16	Procuro no comer alimentos con azúcar						
17	Como alimentos de dietéticos						
18	Siento que los alimentos controlan mi vida						
19	Me controlo con respecto a las comidas						
20	Noto que los demás me presionan para que coma						
21	Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida						
22	Me siento incómodo/a después de comer dulces						
23	Me comprometo a hacer dieta						
24	Me gusta sentir el estómago vacío						
25	Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas						
26	Siento el impulso de vomitar después de las comidas						